

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Analyse de l'implantation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU)
au Bénin : obstacles et facteurs facilitants

Par Doreen Peggy Rose VIGAN-MEDJI

Département de Gestion Évaluation et de Politique de Santé (DGEPS), École de
santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM)

Faculté des Études Supérieures et Postdoctorales (FESP)

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise (MSc) en
administration des services de santé Option évaluation des services,
organisations et systèmes de santé

Août 2017

© Doreen P. R. VIGAN-MEDJI

RÉSUMÉ

L'État béninois prenait l'initiative en 2011 de mettre en place un régime d'assurance maladie universelle (RAMU). Son objectif était d'améliorer l'accessibilité financière aux soins de santé de qualité à l'ensemble de la population béninoise. Aucune évaluation du processus n'ayant été faite, l'objectif de la présente étude était de faire une analyse de l'implantation du RAMU. Pour ce faire, une recherche synthétique, mixte, à prédominance qualitative, via une revue documentaire et des entrevues semi-structurées (responsables de la mise en œuvre, prestataires de soins, population cible) a été faite. Quatre zones sanitaires (étude de cas multiples) ont été sélectionnées sur les 6 zones pilotes concernées par la mise en œuvre. Le niveau d'analyse correspondait au niveau périphérique de la pyramide sanitaire. Au total, 31 entrevues semi structurées ont été réalisées dont 07 dans la zone sanitaire Cotonou VI, 07 dans la zone sanitaire Porto-Novo-Sèmè-podji-Aguégus, 07 dans la zone sanitaire Bassila, 08 dans la zone sanitaire Nikki-Kalalé-Pèrèrè et 02 au niveau de l'agence nationale de l'assurance maladie. Une analyse du contenu, verticale et transversale, des données recueillies a été faite manuellement selon les logiques déductive et inductive. Les résultats suivants ont été obtenus. Le projet pilote s'est étendu sur 3 ans (2012 à 2015) et a pris officiellement fin en décembre 2015. La phase d'expansion de la mise en œuvre n'a pas démarré et le degré d'implantation est relativement faible (taux d'adhésion faible soit moins de 1 % de la population béninoise, structure organisationnelle non opérationnelle marquée par une indisponibilité des ressources et un processus non fonctionnel dans certains cas). Les obstacles pouvant expliquer cette situation étaient nombreux : la forte politisation du processus, la précipitation dans la mise en œuvre avec une absence de cadre législatif pendant la mise en œuvre, la forte centralisation du processus, le manque de communication entre les différents acteurs avec pour conséquence un climat de méfiance entre eux, l'absence d'implication de toutes les parties prenantes, particulièrement les mutuelles de santé dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre du RAMU, les modalités de communication et de sensibilisation inadéquates et non adaptées à chaque catégorie sociale, la pénurie de personnel au niveau des responsables de la mise en œuvre et des prestataires de soins, le manque de prestataires qualifiés et formés, l'absence de motivation des prestataires et le non-remboursement des prestations. Il faut préciser qu'il existait quelques facteurs facilitant l'implantation : la stabilité politique, le réel engagement politique, la capacité de mobilisation

des ressources par l'État, les forfaits proposés accessibles financièrement et la bonne perception du concept d'assurance maladie universelle par tous les acteurs. En définitive, il existait plus d'obstacles que de facteurs facilitant l'implantation du RAMU au Bénin et l'implantation en termes d'adhésion et d'opérationnalité de la structure organisationnelle n'est encore qu'à ses débuts. Il faut noter que plusieurs approches de solutions pertinentes ont été objectivées. Cette étude devrait donc contribuer significativement à l'amélioration des stratégies de mise en œuvre du RAMU au Bénin.

Mots clés : assurance maladie universelle, RAMU, implantation, obstacles, facteurs facilitants, Bénin.

ABSTRACT

The Republic of Benin took the initiative in 2011 to set up a universal health insurance scheme (UHS). Its objective was to improve the accessibility of quality health care to the entire population of Benin. As no evaluation of the process had been carried out, the purpose of this study was to analyze the implementation of UHS. To do this a synthetic, mixed, predominantly qualitative research, via a documentary review and semi-structured interviews (implementation managers, healthcare providers, target population) was made. Four health zones (multiple case study) were selected from the 6 pilot zones concerned by the implementation. The level of analysis corresponds to the peripheral level of the health pyramid. A total of 31 semi-structured interviews were conducted, including 07 in the Cotonou VI health zone, 07 in the Porto-Novo-Sèmè-podji-Aguégus health zone, 07 in the Bassila health zone, 08 in the Nikki-Kalalé-Pèrère health zone and 02 at the National Agency of Health Insurance. A content analysis, vertical and transverse, of the collected data was done manually according to the deductive and inductive logic. The following results were obtained. The pilot project was spread over 3 years (2012 to 2015) and officially ended in December 2015. The expansion phase of the implementation has not started and the degree of implementation is relatively low (low membership rate i.e. less than 1% of the Benin population, non-operational organizational structure marked by unavailability of resources and a non-functional process in some cases). The obstacles that could explain this situation were numerous: the strong politicization of the process, precipitation in implementation with an absence of legislative framework during implementation, strong centralization of the process, lack of communication between the different actors, resulting in a climate of mistrust between them, the lack of involvement of all the main actors, particularly health mutual in the process of developing and implementing UHS, communication and awareness-raising modalities that were inadequate and unsuitable for each social category, shortage of staff at the level of implementers and care providers, lack of trained and qualified providers, lack of motivation of providers and non-reimbursement of benefits. There were a few facilitating factors: political stability, genuine political commitment, the ability to mobilize resources by the State, financial packages offered and the perception of the concept of universal health insurance by all actors. Overall, there were more obstacles than factors facilitating the implementation of the UHS in Benin and the implementation in terms of membership and

operationality of the organizational structure is still in its beginning stage. It should be noted that several approaches to relevant solutions have been objectified. This study should therefore contribute significantly to the improvement of UHIS implementation strategies in Benin.

Key words: universal health insurance, UHIS, implementation, obstacles, facilitating factors, Benin.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	i
ABSTRACT	iii
TABLE DES MATIÈRES.....	v
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES FIGURES.....	x
LISTE DES IMAGES	xi
LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES.....	xii
DÉDICACE	xiv
REMERCIEMENTS	xv
1- INTRODUCTION.....	1
1-1- Problématique et contexte de l'étude.....	1
1-2- Objectifs.....	4
1-3- Structuration du mémoire	5
2- DESCRIPTION DU RAMU.....	6
2-1- Objectifs du RAMU.....	6
2-2- Les principes de base du RAMU.....	7
2-3- Financement du RAMU.....	7
2-4- Les prestations offertes	8
2-5- Les formations sanitaires et centres de diagnostic agréés.....	10
2-6- Structures de gestion.....	10
2-7- Acteurs du RAMU.....	11
2-8- Architecture du RAMU	12

2-9-	Outils du RAMU	14
2-10-	Montants des cotisations RAMU	15
2-11-	Étapes de la mise en œuvre	16
3-	ÉTAT DES CONNAISSANCES	17
3-1-	Assurance maladie universelle et financement des systèmes de santé	17
3-1-1-	Assurance maladie dans les pays de l'OCDE	18
3-1-2-	Assurance maladie en Afrique	19
3-2-	Facteurs influençant l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique et au Bénin	21
3-3-	Facteurs influençant l'implantation de l'assurance maladie universelle	28
3-3-1-	Obstacles à l'implantation du régime d'assurance maladie	29
3-3-2-	Facteurs facilitant l'implantation du régime d'assurance maladie	37
4-	CADRE CONCEPTUEL	47
5-	MÉTHODOLOGIE	52
5-1-	Stratégie de recherche	52
5-2-	Population cible et échantillonnage	55
5-2-1-	Population cible	55
5-2-2-	Échantillonnage	56
5-2-3-	Recrutement	57
5-3-	Variables	58
5-4-	Technique et outils de collecte des données	60
5-5-	Analyse des données	62
5-5-1-	Analyse des données quantitatives	62
5-5-2-	Analyse des données qualitatives	64
5-6-	Validité et fiabilité	65
5-7-	Considérations éthiques	67

6- RÉSULTATS	69
6-1- Contexte d'implantation du RAMU	70
6-1-1- Description générale et démographie du Bénin	70
6-1-2- Contexte politique	71
6-1-3- Contexte socioéconomique	72
6-1-4- Contexte culturel	73
6-1-5- Contexte social	73
6-1-6- Système sanitaire béninois	74
6-2- États des lieux du RAMU	75
6-2-1- Statistiques d'adhésion	75
6-2-2- Structures mises en place	76
6-2-3- Processus de mise en œuvre du RAMU.....	76
6-2-4- Activités réalisées	79
6-2-5- Après la suspension de la mise en œuvre	80
6-3- Facteurs influençant l'implantation du RAMU (obstacles et facteurs facilitants).....	88
6-3-1- Facteurs influençant l'implantation du RAMU au cas par cas	88
6-3-2- Facteurs influençant l'implantation du RAMU selon les responsables de la mise en œuvre au niveau national (ANAM).....	120
6-3-3- Comparaison des facteurs influençant l'implantation du RAMU selon les cas étudiés	126
6-4- Conclusion du chapitre : estimation du degré d'implantation du RAMU et récapitulatif des facteurs influençant (obstacles et facteurs facilitants)	133
7- DISCUSSION	136
7-1- Interprétation des résultats	136
7-1-1- Interprétation synthétique des résultats	136
7-1-2- Interprétation comparative des résultats avec la littérature.....	137

7-2- Apport de l'étude.....	143
7-3- Forces et limites de l'étude	147
7-3-1- Forces.....	147
7-3-2- Limites	148
7-4- Recommandations	149
7-4-1- À l'intention du gouvernement	149
7-4-2- À l'intention des responsables de la mise en œuvre.....	151
7-4-3- À l'intention des prestataires de soins	155
7-4-4- À l'intention de la population	155
7-4-5- À l'intention de tous les acteurs	155
8- CONCLUSION	156
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	158
ANNEXES.....	xvi
Annexe 1 : grille d'entrevue pour gestionnaire, superviseur.....	xvi
Annexe 2 : grille d'entrevue prestataires de soins	xviii
Annexe 3 : grille d'entrevue individuelle pour les bénéficiaires	xx
Annexe 4 : certificat d'éthique du CERES.....	xxii
Annexe 5 : autorisation du ministère de la Santé du Bénin.....	xxiii
Annexe 6 : formulaire d'information et de consentement.....	xxiv

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Organes et instances impliqués dans la mise en œuvre du processus.....	10
Tableau II : Acteurs du RAMU.....	11
Tableau III : Outils du RAMU.....	14
Tableau IV : Typologie de l'assurance maladie.....	20
Tableau V : Taux de couverture de l'assurance maladie dans certains pays africains.....	20
Tableau VI : Facteurs influençant l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique	25
Tableau VII : Facteurs influençant l'adhésion aux mutuelles de santé au Bénin.....	28
Tableau VIII : Facteurs influençant l'implantation de l'assurance maladie universelle (AMU)	44
Tableau IX : Critères de sélection des cas.....	54
Tableau X : Variables à l'étude.....	58
Tableau XI : Techniques et outils de collecte des données.....	61
Tableau XII : Critères d'estimation du degré d'implantation du RAMU.....	62
Tableau XIII : Mécanismes sociaux en place et groupes sociaux concernés.....	73
Tableau XIV : Activités réalisées dans le cadre de la mise en œuvre du RAMU.....	79
Tableau XV : Acteurs impliqués dans le processus du RAMU et leurs fonctions.....	85
Tableau XVI : Estimation du degré d'implantation du RAMU.....	133
Tableau XVII : Facteurs influençant l'implantation du RAMU.....	134

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Objectifs du RAMU.....	6
Figure 2 : Architecture du RAMU (2011)	13
Figure 3 : Modèle logique de la mise en œuvre du RAMU.....	49
Figure 4 : Modèle théorique de l’implantation du RAMU au Bénin.....	51
Figure 5 : Cas sélectionnés pour l’étude.....	53
Figure 6 : Carte du Bénin avec représentation des douze départements.....	71
Figure 7 : Taux d’adhésion au RAMU dans les six zones pilotes selon la population cible....	76
Figure 8 : Architecture modifiée du RAMU (2016).....	87
Figure 9 : Modèle théorique final de l’implantation du RAMU.....	146

LISTE DES IMAGES

Image 1 : Cartes RAMU à distribuer.....	82
Image 2 : Séance de sensibilisation et d'identification des indigents à Lokossa.....	82
Image 3 : Atelier de formation des prestataires de soins.....	84

LISTE DES SIGLES, ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

ADAM	Agence Départementale de l'Assurance Maladie
ADMAB	Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin
AMU	Assurance Maladie Universelle
ANAM	Agence Nationale d'Assurance Maladie
APVP	Années Potentielles de Vies Perdues
ARCH	Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CERES	Comité d'Éthique de la Recherche En Santé
CHDO	Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé
CIDR	Centre International de Développement et de Recherche
CMPS	Caisse Mutuelle de Prévoyance Sociale
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CTI	Comité Technique Interministériel
DDS	Directions Départementales de la Santé
FASNAS	Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale
FBR	Financement Basé sur les Résultats
FDV	Fonds pour les Détresses Vitales
FGC	Fonds de Gratuité de la Césarienne
FNG	Fonds National de Garantie
FNRB	Fonds National des Retraités du Bénin
FPA	Fonds pour Personnes Âgées
FSI	Fonds Sanitaire des Indigents
ICC	Investment Consultancy and Computing
ILO-STEP	Organisation internationale du travail/stratégies et outils contre l'exclusion sociale et la pauvreté
MS	Mutuelles de Santé
MSAE	Mutuelle de Santé des Agents de l'État
MSS	Mutuelle de Sécurité Sociale
OAMS	Organe Administratif de la Mutualité Sociale
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Économique
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisations De La Société Civile
PIB	Produit Intérieur Brut
PISAF	Projet Intégré de Santé Familiale

PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PROMUSAF	Programme d'appui aux mutuelles de santé en Afrique
PRPSS	Programme de Renforcement de la Performance du Système de
Santé	
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RAMU	Régime d'Assurance Maladie Universelle
RMNI	Revenu Mensuel Net D'Impôt
SI	Système d'Information
SMIG	Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
SOA	Society of Actuaries
UEMOA	Union Économique et Monétaire Ouest Africaine
UHS	Universal Health Insurance Scheme
VIH/SIDA	Virus de l'immunodéficience humaine/Syndrome
	d'immunodéficience acquise
ZS	Zone Sanitaire

DÉDICACE

À La Sainte Trinité

Rien n'est possible en ce monde sans ta bénédiction Seigneur... tu fais tout pour moi, n'arrêtes pas l'œuvre de tes mains. Merci de m'avoir accordé ton esprit d'intelligence, de sagesse et de discernement tout au long de ce parcours académique. Merci de m'avoir donné la force d'aller jusqu'au bout. Que ce travail contribue à l'œuvre immense de la création. Qu'il me permette de servir mon prochain. Amen.

À Maman Marie, notre Dame de toutes les grâces

Merci pour ton intercession. Je te prie de continuer de m'éclairer de ta lumière sainte afin que la volonté de DIEU s'accomplisse dans ma vie. Amen.

À mes parents (Bonaventure VIGAN-MEDJI, Martine Rose De-PEDICEPUIS)

Merci pour les sacrifices que vous avez consentis pour mon bien-être et mon instruction. Je ne saurai jamais assez témoigner mon respect, mon amour et ma considération envers vous. Recevez à travers ce modeste travail, l'expression de ma profonde gratitude. Puisse Dieu vous accorder la santé, la longévité et faire en sorte que vous jouissiez des fruits de vos efforts. Amen.

À mon mari (Donald KOUKOU)

Notre rencontre a été le plus beau cadeau que Dieu m'ait fait en ce monde. Depuis, nous vivons une aventure passionnante et fascinante. Tu es mon âme sœur et ma lumière. À travers ce travail, j'aimerais te dire une fois de plus Merci. Merci d'être là pour moi. Merci de me soutenir dans tous mes projets.

Merci pour ton amour, ta patience, ta gentillesse, ton affection, tes encouragements et tes conseils. Reçois l'expression de ma profonde reconnaissance pour ta participation à ce travail. Que ce travail soit le témoignage de mon amour sincère et fidèle. Puisse Dieu nous bénir et nous unir davantage.

Amen.

À mes frères (Jordan, Freddy et Michael VIGAN-MEDJI)

Merci pour votre soutien. Spécialement à Freddy, merci pour ton inconditionnel soutien dans toutes les épreuves. Reçois l'expression de ma profonde gratitude.

REMERCIEMENTS

À mon Directeur de recherche Professeur titulaire Régis BLAIS

Merci pour la gentillesse et la spontanéité avec laquelle vous avez bien voulu diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Vos éminentes connaissances scientifiques, votre disponibilité et votre simplicité forcent mon admiration. Cher Maître, veuillez trouver dans ce modeste travail, l'expression de ma sincère reconnaissance et de mon profond respect.

À ma codirectrice de recherche Professeur titulaire Dorothée KINDE GAZARD

Merci d'avoir accepté de codiriger ce travail. L'opportunité m'est donnée de vous faire part de la grande estime et de l'admiration que je porte à votre égard. Votre disponibilité et votre sympathie m'ont profondément marqué. Soyez rassuré, cher Maître, de ma profonde reconnaissance et de ma considération respectueuse.

À Monsieur Christian LODJOU

J'ai été touchée par la spontanéité avec laquelle vous avez bien voulu m'aider dans ce travail. Vous vous y êtes grandement impliqué, malgré votre emploi du temps chargé. Recevez mes sincères remerciements.

Au Docteur Sènam Aurel ADJAKIDJÈ

Pour votre disponibilité et votre participation à cette étude, recevez ma profonde gratitude.

À tous les participants de l'étude

Pour votre participation à l'élaboration de ce travail. Profonde gratitude.

1- INTRODUCTION

1-1- Problématique et contexte de l'étude

Selon JV. Gruat, « *La santé est universellement reconnue comme l'un des besoins essentiels de la personne humaine, au point de constituer l'un des indicateurs principaux de développement* »¹. Ainsi, la santé se retrouve être au cœur même du processus de développement, elle est indispensable pour réussir ce processus. C'est dans cette optique que la communauté internationale en 2000, en visant l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement (OMD), a consacré au moins trois d'entre eux à des résultats de santé.

La suppression des obstacles socioéconomiques d'accès aux soins serait corrélée à une augmentation de la fréquence d'utilisation des services de santé et donc une meilleure condition sanitaire de la population². En effet, selon Margaret Chan, directrice générale de l'OMS en 2012, « la couverture universelle en matière de santé constitue le concept le plus efficace que la santé publique puisse offrir »³. Ainsi, l'assurance maladie serait le processus le plus adéquat et incontournable que devrait envisager tout système de santé se voulant performant. En 2005, l'OMS a fait de l'assurance maladie une priorité et tous ses États membres ont pris l'engagement de parvenir à la couverture sanitaire universelle⁴. Ces recommandations faisaient référence à la nécessité que l'ensemble de la population surtout celle vulnérable soit prise en charge par l'assurance maladie permettant ainsi de réduire les inégalités dans l'accès aux soins, l'iniquité et l'appauvrissement des plus pauvres³.

Dans les pays développés, la prise en charge de la santé de la population a été marquée par l'instauration d'un système d'assurance maladie universelle. Selon un rapport publié par la Society of Actuaries (SOA), le financement du régime public dans les pays de l'organisation de coopération et de développement économique (OCDE) reposait sur l'existence d'une assurance maladie publique⁵. Le bilan général était marqué par une amélioration significative de la qualité des services de santé et une augmentation de l'espérance de vie dans ces pays⁵.

En Afrique par contre, les résultats étaient loin d'être atteints. Dans la plupart des pays africains le système de santé était inefficace et inefficace⁶. Les dépenses en santé du secteur public étaient faibles, ce qui faisait peser sur la population le lourd poids de ces dépenses. En effet, les dépenses publiques moyennes de santé par habitant dans les pays à faibles revenus étaient estimées à 21 \$ en 2011⁷. Les dépenses publiques totales par personne en 2002 étaient de moins de 10 \$ dans 10 pays et entre 10 et 30 \$ dans 20 pays africains⁸. En 2007, 27 (51 %) sur 53 pays ont dépensé en santé moins de 50 \$ US par personne⁹. Près de 30 % des dépenses totales de santé étaient publiques et 50 % provenaient de sources privées (dont 71 % par paiement direct des soins) et 20 % de donateurs⁹. Ainsi, la plus grande part des dépenses en santé se faisait par le paiement direct des soins. Cette situation favorisait d'une certaine manière l'appauvrissement de la population¹⁰ et ralentissait le processus de développement. De plus, elle contribuait à l'iniquité dans l'accès aux soins de qualité. La mise en place d'un régime d'assurance maladie apparaît donc aujourd'hui, dans les pays à faibles revenus, comme la solution adéquate pour atteindre les objectifs fixés¹¹. Elle est au cœur des réformes du financement de la santé dans les pays à faible revenu, pour réduire le paiement direct des soins, contribuer à la réduction de la pauvreté, assurer à la population l'accès en toute équité à des soins de qualité et favoriser le développement¹². Cependant, en Afrique l'assurance maladie est un concept nouveau et il existe très peu de pays où des implantations ont été réussies. La plupart des systèmes d'assurance maladie existants sont encore au stade d'implantation. Ainsi, le problème que pose actuellement l'assurance maladie en Afrique est la capacité des États à mettre en œuvre efficacement le processus.

Au Bénin, le paiement direct des soins représentait 95 % des dépenses privées de santé en 2005 qui constituaient 47,2 % des dépenses totales en santé¹³. Ainsi plus de 40 % de foyers béninois devaient assurer eux-mêmes leurs dépenses en santé⁷. Cette situation était problématique étant donné la relative pauvreté de la population. En effet, 31 % de la population vivait avec moins de 1 USD par jour en 2006¹⁴. Dans un tel système, il se pose le problème d'accessibilité financière surtout pour les couches sociales démunies.

De plus, l'organisation même du financement public des soins posait problème. Le financement de ce système reposait sur l'existence de plusieurs structures : les impôts combinés aux tickets

modérateurs, le fonds sanitaire des indigents, l'agence nationale pour la gratuité de la césarienne, le régime des 4/5^{ème} des agents de l'État, le fonds national des retraités du Bénin (FNRB), la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour les salariés du secteur privé, 180 mutuelles de santé communautaires au sein des populations urbaines et rurales et notamment du secteur informel, 4 mutuelles de sécurité sociale organisée au niveau de chaque département du Bénin et assistées par l'État et 6 sociétés privées d'assurance maladie commerciale couvrant environ 45 000 travailleurs, soit 270 000 bénéficiaires avec les ayant droits¹³. Ces structures étaient indépendantes et leurs diverses actions n'étaient pas coordonnées et complémentaires. Il n'existait donc pas de dispositif en place offrant une couverture sanitaire à une large tranche de la population. En effet, moins de 20 % de la population bénéficiait d'une couverture malgré tous ces dispositifs en place¹⁵. Notons qu'il n'existait pas de fonds mobilisés par l'État pour la couverture sanitaire des acteurs des secteurs informels et agricoles, qui représentaient plus de 70 % de la population active¹⁵. Par ailleurs les structures en place étaient confrontées à plusieurs difficultés en termes d'efficacité et d'efficience. Le régime des 4/5^{ème} par exemple ne couvrait pas les médicaments, qui constituaient une source importante de dépenses pour les bénéficiaires¹⁵. Il n'existait pas de structures en place pour le suivi du processus et le contrôle de la qualité des services fournis¹⁵. La conséquence directe se manifestait par des mesures de gratuité paralysées et assaillies par des fraudes et abus¹⁵. Pour ce qui concerne les mutuelles de santé, elles intervenaient à petite échelle. Elles ne couvraient que de petits risques et démontraient leur incapacité à s'étendre¹⁵. Quant aux assurances privées, elles étaient réservées aux personnes nanties, les montants d'adhésion et de cotisation n'étant pas à la portée de toutes les bourses¹⁵. Cette organisation avait pour conséquence une absence de stratégie cohérente, une fragmentation, l'inefficacité, l'inefficience et l'iniquité du financement de la santé et dans l'accès aux soins¹³.

C'est dans ce contexte que le processus de mise en place du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) a démarré le 21 mai 2008 suite à la présentation et à l'adoption du rapport d'étape au conseil des ministres. Le lancement officiel a été fait le 19 décembre 2011 par le président de la république d'alors. Ainsi, l'État béninois prenait la responsabilité d'assurer la santé de tous ses citoyens, quelle que soit leur condition sociale. Il s'agissait d'harmoniser le système de financement avec comme objectifs prioritaires d'assurer l'accessibilité à des soins

de qualité en toute équité, à toute la population béninoise et par là de rendre le système efficient. L'accent était également mis sur la valorisation de la solidarité et la réduction durable du paiement direct des soins par les ménages.

L'assurance maladie universelle est un régime difficile à mettre en œuvre. Il existe une multitude d'études sur l'assurance maladie et les modalités de mise en place de la couverture sanitaire universelle. Plusieurs études scientifiques montrent que la mise en place d'une couverture universelle est corrélée à une amélioration de la santé des populations, surtout les plus vulnérables¹⁶. Cependant, le succès dépend crucialement des modalités de mise en œuvre¹⁶. Il convient de préciser que le processus d'implantation est très variable d'un pays à l'autre¹⁷. En effet, les facteurs de succès de l'implantation varient selon le contexte spécifique de chaque pays. Il est fortement influencé par les contextes historiques, sociaux, économiques, politiques et institutionnels (les types de structures existantes, les valeurs et croyances, la culture, etc.). Ainsi il est difficile de comparer un processus à un autre ou de faire des recommandations générales à appliquer à tous. Il est donc pertinent d'analyser pour chaque pays désirant mettre en œuvre un tel régime, le processus d'implantation afin d'appréhender les obstacles et facteurs facilitants. Il s'agit d'une étape essentielle pour maximiser la réussite de l'implantation. Cette démarche contribuera à l'atteinte effective des objectifs (accessibilité, équité et efficience).

Au Bénin, l'analyse de l'implantation du RAMU n'a pas été faite. En effet, six ans après le démarrage du processus, il n'existe pas de données probantes relatives au niveau d'implantation actuelle du régime, aux obstacles rencontrés et aux facteurs qui facilitent le processus. C'est précisément l'objet de la présente étude.

1-2- Objectifs

- Objectif général

L'objectif général de la présente étude est d'analyser l'implantation du régime d'assurance maladie universelle au Bénin en vue de mettre en évidence les facteurs influençant le processus (obstacles, facteurs facilitants) et de suggérer des pistes de solutions aux éventuels obstacles.

- **Objectifs spécifiques**

Il s'agira :

- D'estimer le degré d'implantation actuel du RAMU,
- De comprendre le contexte d'implantation du RAMU,
- D'identifier les facteurs influençant (obstacles, facteurs facilitants) l'implantation du RAMU dans ce contexte et
- De définir les mesures nécessaires ou recommandations pour une implantation réussie.

1-3- Structuration du mémoire

Notre mémoire est subdivisé en huit chapitres. Le premier chapitre consiste en une introduction qui développe la problématique à l'étude, sa pertinence et les objectifs visés. Dans le second chapitre, nous faisons une description du RAMU. L'état des connaissances sur l'assurance maladie et les facteurs l'influençant est résumé dans le troisième chapitre. Le cadre conceptuel est explicité dans le quatrième chapitre. Le cinquième chapitre fournit une description de nos choix méthodologiques. Le devis, la population à l'étude, les modalités d'échantillonnage et de recrutement et les variables à l'étude sont décrits ainsi que les méthodes, les outils de collecte et l'analyse des données. Les critères de rigueur scientifique et les considérations éthiques figurent également dans ce chapitre. Les résultats obtenus sur le contexte de l'étude, le degré d'implantation du RAMU et les facteurs influençant le processus de mise en place du RAMU sont présentés dans le chapitre six. Une discussion générale de ces résultats est faite au chapitre sept. Cette discussion est faite en fonction des objectifs du mémoire et en comparant nos résultats à ceux obtenus par d'autres auteurs dans la littérature. Les retombées, les forces et limites de l'étude sont également présentées, de même que les recommandations sur la base des résultats de l'étude. Le mémoire se termine par le chapitre huit qui consiste en une conclusion.

2- DESCRIPTION DU RAMU

2-1- Objectifs du RAMU

L'État béninois a pris l'initiative de mettre en place le RAMU¹⁵. Son objectif général est d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux soins de santé de qualité. Il s'agit de procéder sur le plan national, à la réglementation, à la régulation et à la coordination de l'ensemble des mécanismes de couverture du risque maladie existants¹⁵. Pour atteindre cet objectif général, trois principaux objectifs spécifiques sont retenus¹⁵. En premier lieu, la réduction significative et durable du paiement direct des soins. En second lieu, assurer la prestation des soins de santé de qualité. Enfin, la solidarité, l'équité et l'efficacité dans le système de santé¹⁵. Ces différents objectifs sont illustrés dans la figure suivante (figure 1)¹⁵.

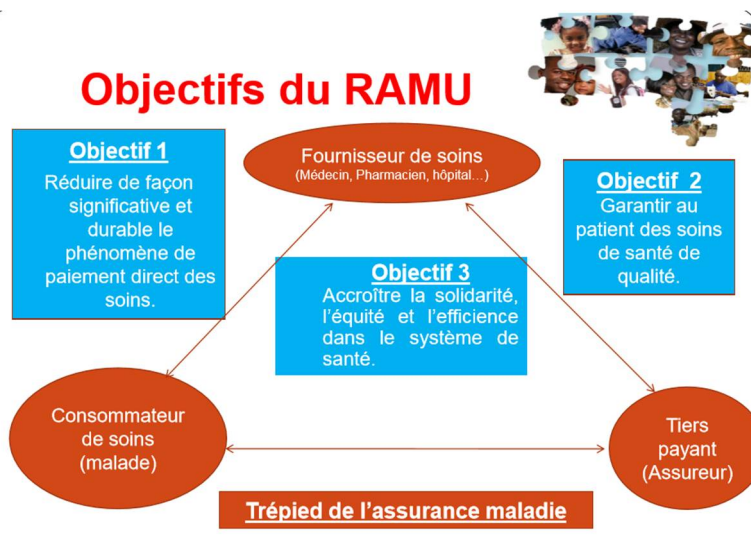


Figure 1 : Objectifs du RAMU¹⁵

2-2- Les principes de base du RAMU

Le RAMU se caractérise par sept principes de base¹⁸ :

- La couverture universelle : il s'agit de la mise à disposition de toute la population béninoise (toutes les catégories sociales, quel que soit l'âge, le sexe ou la religion) d'un paquet de services le plus large possible et à un prix abordable.
- L'approche contributive : la participation contributive des bénéficiaires selon les capacités des différentes couches sociales est essentielle. Il est prévu des subventions pour compenser l'apport non significatif des couches les plus vulnérables.
- La solidarité nationale : partage des risques entre les différentes couches sociales.
- La responsabilité générale de l'État : selon la constitution béninoise, l'État a le devoir d'assurer la santé de sa population. Ceci explique la régulation actuelle du RAMU par le gouvernement.
- L'équité : équité dans l'accès de tous à des prestations de base et équité dans la contribution (primes selon les capacités contributives des différentes couches sociales).
- La gestion participative : implication des bénéficiaires dans la gestion du processus et contrôle social.
- L'efficacité : dépenser peu ou moins pour avoir de meilleurs résultats.

2-3- Financement du RAMU

Il existe deux grandes sources de financement prévues pour le RAMU. Les sources traditionnelles de financement du système de santé et les sources innovantes de financement¹⁵.

Les sources innovantes ont été identifiées spécifiquement pour le financement du RAMU¹⁵.

- Les sources traditionnelles :
 - Le budget général de l'État,
 - Le budget des collectivités locales,
 - Les cotisations sociales des affiliés, salariés et employeurs,
 - L'apport des partenaires techniques et financiers,
 - Les subventions de divers organismes caritatifs,
 - Les dons et legs

- Les sources innovantes sont des taxes spécifiques sur :
 - La téléphonie mobile,
 - Les transactions financières hors zone UEMOA,
 - Certains types de carburant tels que le kérosène,
 - Les boissons alcoolisées, tabac,
 - L'embarquement (à l'aéroport),
 - L'accostage des navires (au port)

Le budget du RAMU est estimé en moyenne à 115 milliards de francs CFA avec 5,5 milliards (5 %) en moyenne pour les frais de gestion¹⁸. Pour que le financement prévu permette au RAMU d'être viable, il faudrait que l'état augmente de façon substantielle son apport concernant le fonds sanitaire des indigents (FSI)¹⁸. En effet, cet apport devra passer d'environ 5 milliards par an à 8 milliards de FCFA par an¹⁸. Soit une augmentation de 3 milliards de francs CFA¹⁸. De plus il devra s'acquitter des frais de gestion du RAMU les deux premières années, l'ANAM ne pouvant pas encore fonctionner sur fonds propre¹⁸. Le processus de mise en œuvre du RAMU nécessite donc un fort engagement politique (contribution financière importante).

2-4- Les prestations offertes

Le paquet de services regroupe le minimum de prestations de base auquel tout bénéficiaire du RAMU, quelle que soit sa condition sociale, a droit. Une assurance complémentaire peut être prise par le bénéficiaire pour assurer les risques non couverts par le RAMU¹⁹.

Risques couverts par le RAMU :

- « La consultation, les soins et l'hospitalisation,
- Les médicaments, les consommables médicaux et les produits sanguins labiles.
- Les examens de laboratoire, de radiologie et d'imagerie médicale,
- Les vaccins obligatoires, à l'exception de ceux couverts par les programmes de gratuité.
- L'appareillage assuré par les appareils légers, indispensables pour le maintien de la santé du patient et de fabrication locale.

- Le transport des malades, vers la formation sanitaire ou d'une formation sanitaire à une autre, avec les moyens fournis ou homologués par le système de santé (ambulance...).
- Les prestations liées à l'état de grossesse et à l'accouchement, à l'exception de celles prises en charge par les programmes de gratuité »¹⁹.

Risques non couverts par le RAMU :

- « Les prestations fournies par des prestataires non conventionnés par l'ANAM,
- Les prestations fournies dans le cadre de la médecine parallèle, de la médecine complémentaire ou de la médecine dite douce (thalassothérapie, thermothérapie, homéopathie, acupuncture, médecine traditionnelle...),
- Les soins de confort,
- Les cures d'amaigrissement, la médecine d'entretien,
- Les interventions de chirurgie esthétique,
- La désintoxication liée à l'alcool et à la drogue,
- La prise en charge de la tentative de suicide,
- Les prestations fournies hors du territoire national,
- Les pathologies couvertes par les programmes verticaux et les programmes de gratuité des soins de santé en vigueur en République du Bénin, tels que la gratuité de la césarienne, la tuberculose, le VIH/SIDA, la lèpre, la dracunculose, l'ulcère de Buruli... à l'exception des prestations liées à ces affections et non couvertes par lesdits programmes,
- Les produits pharmaceutiques de confort,
- Toutes autres prestations non prévues par la nomenclature des actes médicaux et des médicaments établis par les pouvoirs publics dans le cadre du RAMU »¹⁹.

Il existe une liste indicative des médicaments remboursables par le RAMU. Il faut préciser que seuls les médicaments prescrits conformément aux normes par des prestataires de soins agréés par l'ANAM seront remboursés²⁰. Chaque année, la liste est mise à jour par un comité d'experts, validée par le conseil d'administration de l'ANAM et instituée par arrêté conjoint des ministres responsables de la santé, de la famille et du travail²⁰.

2-5- Les formations sanitaires et centres de diagnostic agréés

Les centres agréés pour offrir les prestations de soins sont : les formations sanitaires publiques (centres de santé d'arrondissement, hôpitaux de zone, centres hospitaliers départementaux, centre national hospitalier et universitaire, hôpitaux d'instruction des armées), les formations sanitaires confessionnelles et associatives (hôpitaux de zone, centres médicaux), les formations sanitaires privées lucratives (agréées par le ministère de la Santé, disposant de ressources matérielles et humaines adéquates) et les centres de diagnostic (laboratoires privés ou publics d'exploration diagnostique agréés ou faisant partie d'un centre agréé par l'ANAM, disposant de ressources matérielles et humaines adéquates) ²¹. Ces centres doivent passer une convention avec l'ANAM avant d'offrir les prestations inhérentes au RAMU²¹. Chaque année, la liste des formations sanitaires et centres de diagnostic est mise à jour par un comité d'experts, validée par le conseil d'administration de l'ANAM et instituée par arrêté conjoint des ministres responsables de la santé, de la famille et du travail²¹.

2-6- Structures de gestion

Les organes et instances impliqués dans la mise en œuvre du RAMU sont présentés au tableau I.

Tableau I : Organes et instances impliqués dans la mise en œuvre du processus^{15, 18,22}

Organes et instances	Rôles
Conseil des ministres	Instance d'orientation politique du RAMU
Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) *Organisme publique à caractère social *Doté d'une personnalité juridique et d'une autonomie de gestion administrative et financière *Disposant d'un conseil d'administration	Assure la mise en œuvre effective du RAMU
Antennes Départementales de l'Assurance Maladie (ADAM) *Antennes déconcentrées de l'ANAM *Elles ne constituent pas des entités distinctes de l'ANAM	Assure l'opérationnalisation du RAMU au niveau départemental selon les directives de l'ANAM

Antennes de Zone de l'Assurance Maladie *Elles sont placées sous le contrôle administratif et technique des ADAM.	Assure le fonctionnement du RAMU au niveau périphérique selon les directives de l'ANAM
Comité de pilotage : niveaux national, départemental, communal et arrondissement	Instrument de gestion populaire et de contrôle périodique du citoyen de la mise en œuvre du RAMU Appui à l'ANAM
Conseil d'administration *Représentation des acteurs impliqués dans le processus (représentants de l'État central, des communes, de la société civile, des Partenaires Techniques et Financiers et les organismes prestataires)	Organe de décision de l'ANAM Agit au nom de l'agence Autorise tous actes relatifs à l'objet social de l'ANAM Délibère sur toutes questions relatives au fonctionnement de l'ANAM

2-7- Acteurs du RAMU¹⁵

Les différents acteurs concernés par la mise en œuvre du RAMU sont présentés au tableau II.

Tableau II : Acteurs du RAMU

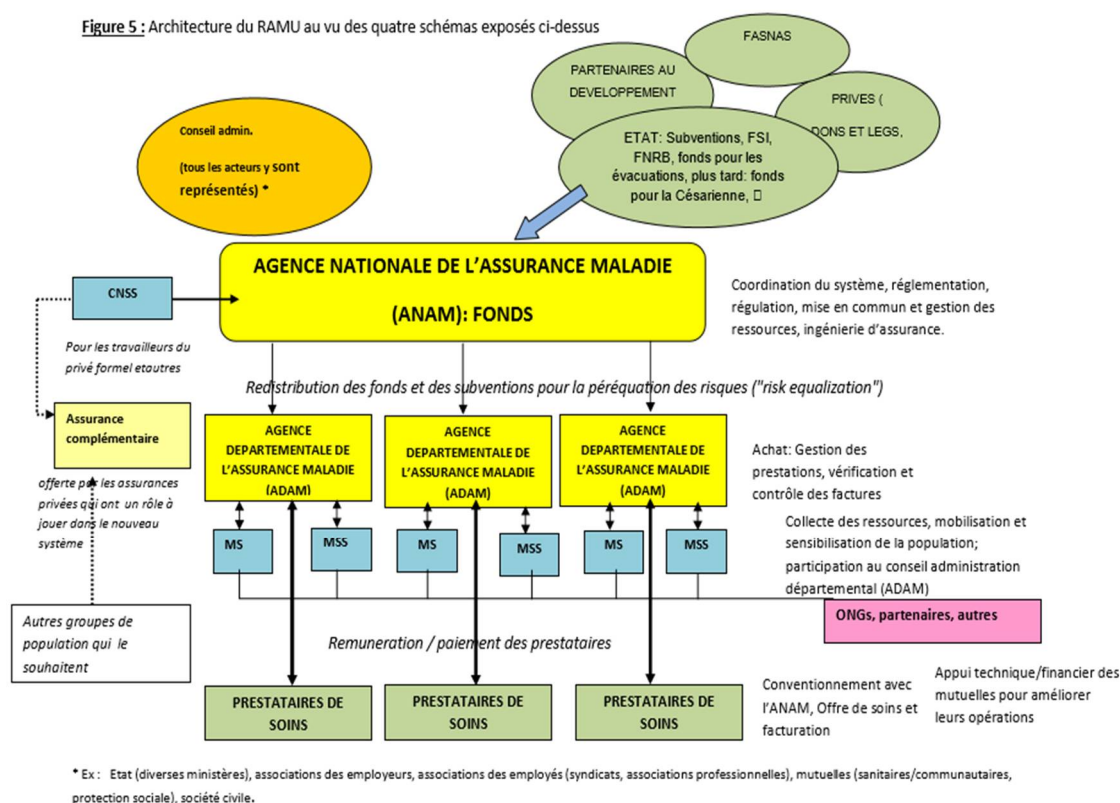
Acteurs	Rôles
Le gouvernement, sous autorité du chef de l'État	Définit les orientations politiques Approuve les options techniques Instruit les diverses institutions et organismes responsables de la mise en œuvre.
L'Assemblée nationale	Définit le cadre légal en votant les lois nécessaires à la mise en œuvre
Le ministère de la Santé	Assure la tutelle de l'agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) Supervise l'avancement du processus et en rend compte au gouvernement.
L'agence nationale de l'assurance maladie (ANAM)	Dirige le processus de mise en œuvre du RAMU Gère, coordonne, réglemente et régule le RAMU Assure le suivi et l'évaluation de tout le processus Collecte des ressources et de leur allocation aux différents acteurs du dispositif. Assure la communication verticale et horizontale et la sensibilisation autour du RAMU, de façon à atteindre les cibles et faciliter la réalisation des objectifs

	Dirige les opérations liées à l'affiliation des cibles.
La mutuelle de sécurité sociale du Bénin et les mutuelles de santé communautaires	Appuient l'ANAM dans la mise en œuvre du RAMU
Les sociétés d'assurance	Assurent la prise en charge de certaines catégories d'acteurs du secteur public et du secteur privé formel (deuxième et troisième étape), ainsi que les risques complémentaires pour tous ceux qui voudront y souscrire.
Les élus locaux (maires de communes, chefs d'arrondissements, conseillers communaux et municipaux, chefs de villages et de quartiers de villes)	Appuient les activités de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale au niveau communautaire Appuient l'ANAM dans le suivi et la supervision de la mise en œuvre du RAMU sur leurs territoires de compétence Appuient, au besoin, les activités d'affiliation et de collecte des cotisations sur leurs territoires de compétence
Les prestataires de soins	Fournissent aux assurés des soins de qualité Remplissent correctement et de façon transparente des outils de prise en charge Facturent l'organisme agréé conformément à la convention passée avec l'ANAM
Les dispensateurs de médicaments	Dispensent aux assurés les médicaments prescrits par les prestataires de soins agréés et figurant sur la liste indicative des médicaments remboursables par le RAMU Facturent l'organisme agréé conformément à la convention passée avec l'ANAM
Les assurés potentiels	Affiliation (les indigents peuvent adhérer gratuitement et sont exemptés des cotisations) Respectent la période d'observation de deux mois nécessaires avant de commencer à bénéficier des soins Se rendent en cas de maladie dans une formation sanitaire agréée par l'ANAM, sur présentation de leur carte d'assurance maladie

2-8- Architecture du RAMU

La figure 2 met en évidence les organes et instances de gestion et les interactions entre les différents acteurs du RAMU.

Figure 5 : Architecture du RAMU au vu des quatre schémas exposés ci-dessus



Légende de l'architecture du RAMU

ANAM : Agence Nationale de l'Assurance Maladie ; ADAM : Agence Départementale de l'Assurance Maladie ; PTF : Partenaires Techniques et Financiers ; FASNAS : Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale ; CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale ; MSAE : Mutuelle de Santé des Agents de l'Etat ; MS : Mutuelles de Santé ; SI : Système d'Information ; ONG : Organisation Non Gouvernementale

Description sommaire de l'architecture du RAMU

Tutelle : Ministère de la Santé

Départements impliqués : finances, travail, protection sociale, famille, réforme institutionnelle, plan, décentralisation, etc.

Autres acteurs impliqués : syndicats et associations professionnelles, associations de défense des consommateurs, autres organisations de la société civile, assureurs, organisations mutualistes, médias.

- **Composantes « Financement du RAMU » :** Plusieurs sources :
 - FASNAS (Fonds d'Appui à la Solidarité Nationale et à l'Action Sociale),
 - Etat : budget national, contributions publiques spéciales (taxes spécifiques et autres), Fonds Sanitaire des Indigents, Fonds pour les évacuations sanitaires, etc...
 - Partenaires Techniques et Financiers,
 - Dons et legs.
 - Contributions des bénéficiaires (cotisations individuelles et/ou de groupes, cotisations et autres contributions des employeurs).
- **Composante « Affiliation au RAMU » :** Chaque agent économique (fonctionnaire, travailleur du privé, travailleur des secteurs informel et agricole, sans emploi, indigent, ...) entrera dans le système à partir d'une structure à laquelle il appartient. Les adhésions familiales et de groupes seront la règle et les adhésions individuelles, une exception. La gestion des adhésions se fera au niveau des structures d'affiliation.
- **Composante « Gestion des Ressources et Ingénierie d'Assurance » :** Elle est l'œuvre de l'ANAM qui supervise par ailleurs la gestion de toutes les autres composantes et assure la cohérence du système.
- **Composante « Gestion des Prestations » :** Elle incombe aux ADAM qui sont les organes d'exécution de l'ANAM en la matière. L'ANAM peut déléguer certaines de ces attributions à des structures tierces dont la compétence et les capacités sont avérées et prouvées en la matière. La gestion de cette composante se fait en étroite collaboration avec les fournisseurs de soins.
- **Composante « Offre des Soins et Facturation » :** Elle est l'œuvre des producteurs de soins accrédités pour pratiquer à charge du RAMU
- **Composante « Système d'Information » :** Elle est transversale aux quatre autres et implique en conséquence tous les acteurs et organes.

Figure 2 : Architecture du RAMU (2011)¹⁸

2-9- Outils du RAMU

Pour assurer le suivi et le contrôle de la prise en charge des assurés, 17 outils sont utilisés dans le cadre du RAMU

Ces outils sont répartis en 4 catégories : outils d'affiliation, outils de prise en charge, outils de contrôle et de remboursement et outils de rapportage. Ils sont présentés au tableau III ^{15,23}.

Tableau III : Outils du RAMU

Outils		Rôles
Outils d'affiliation	Formulaire d'inscription	
	Carte d'adhésion	Permet aux assurés de bénéficier des prestations couvertes par le RAMU Individuelle et à usage personnel Validité d'un an et peut être renouvelée à l'occasion du paiement de la cotisation annuelle par l'affilié
Outils de prise en charge	Certificat de consultation pré natale	Certifie que la femme est enceinte et a suivi les soins au cours des quatre principales consultations prénatales recentrées
	Formulaire de demande/prolongation d'hospitalisation	Demande d'accord de l'ANAM en cas de prolongation du séjour à l'hôpital
	Fiche de référence (soins)	Assure la traçabilité du circuit du patient et des soins administrés d'une unité de soins à une autre
	Fiche de référence (maternité)	Assure la traçabilité du circuit de la femme enceinte et des soins qui lui sont administrés, d'une unité de soins à une autre
	Fiche d'examen et d'analyse	Identifie les différents examens demandés aux fins de poser le diagnostic au niveau du patient
	Fiche attestation de soins	Renseigne sur les différents soins administrés au patient
	Certificat d'accouchement	Certifie que l'accouchement a été fait dans une formation sanitaire conventionnée et par un personnel qualifié
	Certificat médical d'hospitalisation	Certifie que le patient a été effectivement hospitalisé dans une structure sanitaire conventionnée
	Certificat médical ambulatoire	Certifie que le patient a été effectivement pris en charge dans une structure sanitaire sans être hospitalisé
	Bordereau d'hospitalisation	Vérifie l'effectivité de l'hospitalisation du patient

Outils de contrôle et de remboursement	Facture mensuelle officine conventionnée	Identifie le montant total des médicaments cédés aux patients par une officine conventionnée/dépôt pharmaceutique de formation sanitaire
	Formulaire de contrôle de la prise en charge	Vérifie l'effectivité de la prise en charge du patient par une structure sanitaire conventionnée
	Facture mensuelle prestataires de soins	Identifie le montant total des prestations fournies aux patients par une formation sanitaire durant un mois
Outils de rapportage	Canevas des données statistiques	
	Fiche de rapport mensuel	Rapport complet donnant l'état (qualitatif et quantitatif) de la gestion de l'assurance maladie assurée par les services déconcentrés de l'ANAM ou l'organisme délégataire de cette fonction pour le compte de l'ANAM et le niveau de réalisation des activités prévues Suivi des adhésions, des prestations maladies, des finances et de la gestion des conflits.

2-10-Montants des cotisations RAMU¹⁵

Le montant et la périodicité des cotisations varient selon les groupes sociaux. La contribution des acteurs du secteur informel, des acteurs du secteur agricole, des salariés dont le revenu mensuel net d'impôt est très instable ou est inférieur au SMIG, des dockers, des manutentionnaires, des élèves et étudiants de plus de 18 ans et des diplômés sans-emplois s'élève à douze mille (12 000) francs CFA par personne et par an soit mille (1000) francs CFA par personne et par mois. Pour ce qui concerne les enfants de moins de 18ans, leur participation est de mille (1000) francs CFA par personne et par an. Quant aux personnes indigentes, elles sont exonérées des cotisations. En effet, l'État subventionnera leurs cotisations à travers le fonds sanitaire des indigents (FSI). Enfin, un prélèvement mensuel d'un pourcentage (à déterminer) du revenu mensuel net d'impôt (RMNI) pour les salariés (toutes catégories confondues) dont le revenu mensuel net d'impôt (RMNI) est supérieur ou égal au SMIG sera fait ; de même qu'un prélèvement mensuel d'un pourcentage (à déterminer) de la pension de retraite à la charge de l'agent retraité.

Il convient de préciser qu'un ticket modérateur variable selon le niveau de la pyramide sanitaire est mis en place afin d'éviter la surconsommation des soins et de « moraliser le risque »¹⁵. Au niveau périphérique de la pyramide sanitaire (centres de santé d'arrondissement, centres de santé de commune et hôpitaux de zone et assimilés), le remboursement est intégral. En effet, il s'agit du principal niveau de recours sanitaire pour les couches les plus vulnérables. L'absence du ticket modérateur à ce niveau garantit l'équité dans l'accès aux soins pour tous. Au niveau intermédiaire (centres hospitaliers départementaux et assimilés) et central (CNHU et autres hôpitaux de l'espace CHU), le ticket modérateur est respectivement de 10% et de 20% du montant des prestations.

2-11-Étapes de la mise en œuvre

Le RAMU est mis en œuvre selon trois étapes correspondant à un ou plusieurs groupes sociaux^{15,18} :

- Étape 1 : indigents (couche sociale la plus vulnérable), acteurs du secteur informel (artisans, petits revendeurs, commerçants non déclarés, y compris les conducteurs de taxis motos, les dockers, les manutentionnaires, etc.), les acteurs du secteur agricole, les élèves et étudiants. Ils représentent environ 95 % de la population active en 2011²⁴.
- Étape 2 : agents de l'État (toutes catégories confondues), membres des institutions de la république et retraités.
- Étape 3 : acteurs du secteur privé formel.

3- ÉTAT DES CONNAISSANCES

Dans cette rubrique, il s'agira de faire l'état des lieux sur l'utilisation de l'assurance maladie comme mode de financement public de la santé autant dans les pays développés que dans les pays à faibles et moyens revenus. Ensuite, nous ferons une synthèse des facteurs influençant l'adhésion aux mutuelles de santé et aux mesures à caractère social existant en Afrique et au Bénin. Enfin, nous finirons par la synthèse des facteurs contextuels (obstacles et facteurs facilitants) influençant l'implantation d'un régime d'assurance maladie, ceci plus particulièrement en Afrique.

3-1- Assurance maladie universelle et financement des systèmes de santé

Selon l'OMS, la couverture sanitaire universelle a pour but de « *veiller à ce que l'ensemble de la population ait accès aux services de promotion de la santé, de prévention, de soins cliniques et de réadaptation dont elle a besoin et à ce que ces services soient de qualité suffisante pour être efficaces, sans que leur coût n'entraîne de difficultés financières pour les usagers* »²⁵.

L'assurance maladie universelle est donc une mesure sociale prônant l'accès (géographique et financier) équitable à des soins adaptés à moindre coût dès que le besoin se fait sentir. Il s'agit d'un mode de financement des services de santé se basant sur un trépied composé de la collecte de fonds, de la mise en commun de ces fonds et de l'achat de prestations. C'est un système de prépaiement dans lequel les ressources financières provenant de divers horizons sont regroupées et où les risques sont partagés. Il existe essentiellement deux types de modalités de prépaiement : la fiscalité (impôts) et l'assurance maladie obligatoire (contribution des acteurs du secteur formel, informel et de l'État) . Notons que la plupart des pays utilisent un système de prépaiement mixte où une partie de la population est sous l'assurance maladie obligatoire et l'autre sous le système basé sur la fiscalité. Pour ce qui concerne les modalités de collectes de fonds, en termes d'équité et de stabilité du financement il n'y a pas d'avantages nets d'un système à un autre. Néanmoins, le financement par l'impôt semble se démarquer au niveau de l'efficacité administrative tandis que l'assurance maladie obligatoire serait plus transparente. Au niveau de la mise en commun des fonds et de l'achat des prestations, les deux systèmes font

face à des difficultés similaires. Ainsi, en général il n'y a pas de différence nette entre ces deux systèmes de financement de la santé en matière d'efficacité et d'efficience²⁶.

Le choix varie essentiellement selon le contexte (politique, social, culturel, économique) spécifique de chaque pays.

3-1-1- Assurance maladie dans les pays de l'OCDE

L'assurance maladie est déjà effective dans les pays développés selon le rapport de la SOA⁵ (Society of Actuaries) sur le financement du régime public d'assurance maladie au Canada et dans d'autres pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). En effet, il ressortait de ce rapport que le financement du régime public dans les pays de l'OCDE reposait sur l'existence d'une assurance maladie publique. De plus, les modalités de financement du régime d'assurance différaient selon l'histoire de chaque pays. Quatre principaux modèles de financement ont été mis à jour⁵ :

- Le modèle de financement gouvernemental des services de type Beveridgien (les taxes et impôts gouvernementaux : administration fédérale, province, état, région, comté ou municipalité) utilisé au Canada, en Suède et au Royaume-Uni ;
- Le modèle de financement par assurance nationale (impôt sur la masse salariale) en vigueur en France ;
- Le modèle de financement par assurance obligatoire de type bismarckien (primes d'assurance) en Suisse et en Allemagne et
- Le modèle de financement par assurance privée (frais payés par les patients).

Il faut préciser que dans ces pays, les résultats en termes d'amélioration de la santé de la population sont déjà présents. En effet, le rapport⁵ conclut que, quel que soit le type de modèles de financement (gouvernementaux, nationaux, obligatoire), la mesure des résultats de soins de santé de 1990 à 2010, a permis de noter une nette amélioration de l'espérance de vie, une régression de plus de 50 % en moyenne de la mortalité infantile et une amélioration de la mesure des années potentielles de vies perdues (APVP)⁵. Ainsi l'analyse des régimes d'assurance maladie dans ces pays renseigne sur ce qui devrait être fait pour obtenir de bons résultats en termes de santé de la population.

3-1-2- Assurance maladie en Afrique

En Afrique, l'assurance maladie est un concept nouveau et il existe très peu de pays qui ont pu finaliser le processus de mise en place d'un régime d'assurance maladie.

Les expériences des pays comme le Ghana, le Rwanda, le Gabon, le Mali et le Bénin témoignent de la multiplicité des stratégies adoptées par ces pays pour atteindre la couverture universelle. Certains pays comme le Ghana et le Rwanda sont cités comme des modèles de réussite avec des taux de couverture respectifs de 70 % et 85 %²⁷. Tandis que le Ghana a démarré le processus par une tranche plus aisée de la population, le Gabon a ciblé la tranche la plus vulnérable de la population²⁸. Selon la stratégie utilisée, ces pays sont confrontés à des problèmes différents. Le Ghana présente des difficultés à étendre la couverture universelle à la population la plus vulnérable, source de l'iniquité persistante de l'accès aux soins²⁸. C'est le cas de nombreux pays à faibles et moyens revenus ayant démarré le processus par le ciblage des acteurs du secteur formel (fonctionnaires, agents de l'État, etc.)²⁹. Le Gabon par contre, semble être sur la voie de la réussite en offrant une meilleure accessibilité aux soins à la population pauvre, avec un taux de couverture des personnes à faibles revenus estimé à 75 %²⁸. Le Mali et le Bénin quant à eux, ont récemment démarré le processus de mise en place de la couverture universelle et les résultats en termes de couverture ne sont pas encore disponibles²⁸.

Ainsi, en Afrique, les pays adoptent plusieurs modèles d'assurance maladie. Il existe une classification statique et une classification dynamique des types d'assurance maladie³⁰. Selon la classification statique, les modèles peuvent différer selon les types d'assurance (tableau 4), les secteurs mobilisés ou les taux de couverture (tableau 5). Quatre types d'assurance existent en Afrique³⁰. Il s'agit de : l'assurance maladie nationale type Beveridge (gérée par l'État, impôt), l'assurance maladie sociale type Bismarck (gérée par les partenaires sociaux, cotisations sociales et patronales), les assurances privées et les assurances communautaires (les plus fréquemment retrouvées dans les pays africains)³⁰. Les types d'assurance maladie Beveridgien et bismarckien sont fréquemment retrouvés dans les pays avancés³⁰. Dans les pays africains, on retrouve une mixité des typologies d'assurance maladie, à des degrés divers, avec en général la prédominance d'un type³⁰. Les systèmes du Gabon, du Ghana et du Sénégal en sont de parfaites illustrations. Au Gabon, l'assurance maladie sociale fondée sur des cotisations prédomine,

complétée par l'impôt, tandis que le Ghana et le Sénégal passent principalement par l'impôt tout en s'appuyant sur une assurance maladie décentralisée et communautaire pilotée par l'État^{30,31}. Les tableaux IV et V présentent respectivement les différents types d'assurance maladie existants dans les pays africains et le taux de couverture de l'assurance maladie dans certains pays africains.

Tableau IV : Typologie de l'assurance maladie³⁰

Types d'assurance	Source de financement	Gestion	Pays
Assurance maladie nationale.	Régime d'imposition général.	Secteur public.	Canada, Costa Rica, France, Grande-Bretagne.
Assurance maladie sociale.	Cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés.	Caisse de sécurité sociale ou caisse(s) d'assurance maladie.	Colombie, Allemagne, Japon, Corée du Sud, États-Unis (Medicare).
Assurance privée facultative – système commercial.	Primes payées individuellement ou par les employeurs et les salariés.	Compagnie d'assurance commerciale, à but lucratif ou non lucratif.	Afrique du Sud, États-Unis.
Assurance maladie communautaire.	Primes payées individuellement ou par les communautés.	La communauté ou une association.	Chine, Inde, Philippines, Rwanda, Sénégal.

Source : Hong Wang *et al.*, 2010.

Tableau V : Taux de couverture de l'assurance maladie dans certains pays africains³⁰

	Côte d'Ivoire	Bénin	Burundi	Gabon	Guinée	Tchad	Togo
Système légal	6%	2.95%	10%	29%	3%	3.95%	23.2%
Assurances privées	3%	0.6%	0.1%	6%	0.1%	0.4%	0.2%
Mutuelles de santé	0.1%	29.15%	0	0	0.1%	1%	0.4%
Systèmes de prépaiement	0.9%	0	20%	0	0	0	0

Source : Sery, Letourmy, 2006, p. 197-228.

Pour ce qui concerne la classification dynamique, il existe trois types de pays selon le stade d'expansion de l'assurance maladie. Le type 1 regroupe les pays dont « le mouvement d'extension de la protection sociale est continu » (Tunisie, Colombie, Gabon dans une certaine mesure)³⁰. Ici, l'État est l'acteur principal³⁰. Le type 2 regroupe les pays (Afrique subsaharienne surtout) où la couverture est encore faible, limitée le plus souvent au secteur formel et dont l'extension est lente³⁰. Dans les pays d'Afrique de l'ouest et centrale appartenant à cette catégorie, on retrouve deux approches d'extension de l'assurance maladie utilisées par l'État. Il s'agit de la mise en place d'une assurance maladie universelle (Bénin, Gabon, Burkina Faso, Ghana)³⁰ et d'une approche à dominante communautaire par les mutuelles (Mali, Guinée-Bissau, Togo, Libéria, Sénégal³⁰)³². Le type 3, quant à lui concerne les pays dualistes avec un système traditionnellement « étatique, mais ayant évolué vers le développement rapide de l'assurance privée »³⁰. L'assurance maladie privée est donc très développée dans ces pays (Afrique du Sud)³⁰.

Notons que les meilleurs taux de réussite observés, en termes de couverture, revenaient aux pays en développement (Costa Rica, Sri Lanka) ayant mis en place la couverture universelle en utilisant un régime basé sur les impôts^{28,29}. Par ailleurs, aucun des pays ayant instauré purement une assurance maladie volontaire n'a pu atteindre une réelle couverture sanitaire universelle²⁹.

Le Bénin étant un pays d'Afrique, il est plus aisé d'analyser le processus d'implantation, d'anticiper les obstacles et les facteurs facilitants en s'inspirant des processus d'implantation des pays voisins. Les contextes y sont plus ou moins similaires et l'époque également (contrairement au processus d'implantation des régimes d'assurance maladie dans les pays avancés, qui s'est fait il y a plusieurs années, voire décennies). Les données recueillies dans ce cadre seront donc plus pertinentes et faciliteront l'analyse de l'implantation du régime d'assurance maladie au Bénin.

3-2- Facteurs influençant l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique et au Bénin

La question de la mise en place d'un mécanisme universel de protection sociale en Afrique s'est posée depuis les années 1980 et a été marquée par l'adoption de l'initiative de Bamako en 1988²⁸. Il s'agissait de rendre autonomes les centres de santé en les faisant fonctionner sur

financement communautaire²⁸. La majorité des pays africains surtout en Afrique subsaharienne avaient adopté ce mode de fonctionnement³². Mais force a été de constater que cette initiative ne réglait pas la problématique de l'accessibilité financière et celle de l'iniquité de l'accès aux soins de la population²⁸. Le phénomène du paiement direct des soins persistait avec l'appauvrissement des plus pauvres³³. Avant la réflexion sur l'assurance maladie universelle qui a débutée dans les années 2000, une alternative à la protection sociale utilisée par les états africains était la micro assurance par les mutuelles de santé²⁸. En effet, la mutualisation a connu une expansion au milieu des années 90²⁸. Il existait environ 912 mutuelles en Afrique en 2004, mais ces mutuelles avaient de très faibles taux de couverture^{28,33}. Seuls 14,7 millions sur 700 millions de personnes ciblées utilisaient les services des mutuelles soit 2,6 %²⁸. Cette situation constituait un véritable facteur menaçant la viabilité des structures de mutuelles de santé.

Plusieurs facteurs pourraient expliquer ce faible taux d'adhésion. Le premier obstacle à l'adhésion était la faible capacité contributive des ménages^{28,33}. Plusieurs études démontraient que ceux qui pouvaient adhérer aux mutuelles de santé présentaient généralement une situation économique plus élevée que les non adhérents²⁸. Ainsi la couche sociale la plus vulnérable (les plus pauvres) n'avait pas la possibilité de bénéficier des services des mutuelles de santé. Néanmoins, il existerait une couche de la population qui bien qu'aisée financièrement n'adhérait pas aux mutuelles²⁸. Les obstacles à l'adhésion dans ces cas étaient dus, d'une part, au sentiment de sécurité procuré par la sensation d'avoir les moyens financiers de subvenir à ses besoins et, d'autre part, à la perception des mutuelles comme une aide sociale destinée aux pauvres, donc la peur de la stigmatisation ou d'être perçu comme une personne démunie²⁸. Le manque d'information sur les mutuelles de santé et les forfaits non avantageux (montant d'adhésion, prestations offertes) seraient aussi incriminés³³. Par exemple, au Cameroun, les principaux obstacles à l'adhésion aux mutuelles étaient liés au manque d'information de la population sur les régimes d'assurance maladie, au caractère volontaire de l'adhésion, à la faible capacité économique des ménages avec des modalités d'adhésion non avantageuses (frais d'adhésion élevés), au manque de confiance envers les dirigeants (mécanismes de gestion non transparente, corruption, etc.) et au secteur informel très développé³⁴. L'Ouganda aussi faisait face à des obstacles liés au manque d'information de la population, à la méconnaissance des principes de l'assurance maladie par ceux-ci, à l'implication insuffisante des groupes sociaux dans

l'élaboration du processus, au manque de confiance envers la capacité de gestion des dirigeants et à l'incapacité financière des ménages à honorer les frais d'adhésion et de cotisations³⁵.

Outre ces obstacles inhérents aux populations et aux caractéristiques des mutuelles, il existerait des obstacles liés à l'absence d'un cadre politique cohérent, aux prestataires de soins et responsables de la mise en œuvre (manque de motivation, manque d'information, compétences insuffisantes)³⁵.

Plusieurs études synthétiques sur les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne^{36,37} et dans les pays à faibles et moyens revenus³⁸ ont permis de répertorier les facteurs d'adhésion aux mutuelles de santé. Les principaux obstacles à l'adhésion étaient :

- Le manque de ressources financières des ménages^{36,37,38},
- La mauvaise qualité des soins^{36,37,38},
- Le scepticisme des populations à l'égard des compétences des prestataires de soins et à l'égard des capacités de gestion des responsables^{36,37,38},
- L'absence d'un cadre législatif et réglementaire clair^{37,38},
- Le faible taux de scolarisation^{37,38},
- L'insuffisance des mesures de gestion des risques^{37,38},
- La faiblesse des capacités de gestion et les frais généraux élevés^{37,38},
- Le faible niveau d'éducation³⁸,
- Le sexe (femmes)³⁸,
- L'âge (personnes âgées)³⁸ et
- La taille du ménage (ménages ayant peu de membres)³⁸.

Au total, cinq facteurs contextuels principaux ont été identifiés³⁹. Il s'agit du :

- Contexte politique : il fait appel à l'existence d'une forte volonté politique, une réelle motivation et une implication active de l'État dans le processus³⁹.
- Contexte économique : il interroge la capacité financière des ménages à souscrire aux mutuelles^{33,39}.

- Contexte social : il fait référence à la culture locale et à l'existence ou non d'une relation de confiance entre la population et l'État^{33,39}.
- Contexte technique : au niveau technique, les questions relatives à la qualité perçue des prestations³³ et la motivation des prestataires se posent^{33,39}.
- Contexte managérial³⁹ : ici le niveau de compétence des responsables de la mise en œuvre est mis en cause.

Pour ce qui concerne les facteurs facilitants l'adhésion, il ressortait d'une enquête sur les perceptions des consommateurs sur la mise en place de l'assurance maladie à base communautaire dans les régions rurales de l'Afrique de l'Ouest⁴⁰ que la décision d'adhérer ou non au régime dépendait :

- De leur préférence pour l'unité de l'inscription,
- Du niveau de la prime et les modalités de paiement,
- Du paquet de services fournis,
- De la qualité des prestations de soins,
- Des compétences de la structure de gestion et
- De la prise en compte des préoccupations des consommateurs et de leur intégration dans le processus de conception du programme⁴⁰.

Le tableau VI qui suit permet d'avoir une vue synthétique des principaux influençant l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique.

Tableau VI : Facteurs influençant l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique

Types de facteurs		Obstacles	Facteurs facilitants
Contexte politique Structurel et institutionnel		Absence d'un cadre politique cohérent Absence d'un cadre législatif et réglementaire clair	Forte volonté politique, une réelle motivation et une implication active de l'État dans le processus
Caractéristiques propres à la population	Contexte économique	Faible capacité de contribution des ménages Secteur informel très développé	
	Contexte social et culturel	Sentiment de sécurité procuré par la sensation d'avoir les moyens financiers de subvenir à ses besoins Perception des mutuelles comme une aide sociale destinée aux pauvres (peur de la stigmatisation) Manque de confiance envers les dirigeants (causé par les mécanismes de gestion non transparente, la corruption...) Scepticisme des populations à l'égard des compétences des prestataires de soins	
	Contexte technique	Prestations de mauvaise qualité	Prestations de bonne qualité
	Caractéristiques sociodémographiques et individuelles	Faible niveau d'éducation Faible taux de scolarisation Sexe (femmes) Âge (personnes âgées) Taille du ménage (ménages ayant peu de membres)	
Contexte managérial ou caractéristiques propres aux responsables		Implication insuffisante des groupes sociaux dans l'élaboration du processus Compétences de gestion insuffisante des responsables Insuffisance des mesures de gestion des risques	Prise en compte des préoccupations des consommateurs et de leur intégration dans le processus de conception du programme Disponibilité d'acteurs compétents dans la structure de gestion

Caractéristiques propres aux mutuelles de santé (services offerts)	Manque d'information et de communication sur les mutuelles de santé (transmission déficiente de l'information) Forfaits non avantageux (montant d'adhésion, prestations offertes) Adhésion volontaire Frais généraux élevés	Primes d'assurance abordables Modalités de paiement avantageuses Paquet de services avantageux
Caractéristiques propres aux prestataires de soins	Manque de motivation, Manque d'information, Compétences insuffisantes	

Au Bénin, en 2008, il existait au moins sept réseaux actifs de mutuelles de santé avec environ 135 structures de mutuelles de santé⁴¹. Ces organisations de mutuelles de santé étaient soutenues par cinq promoteurs principaux : le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR) (30 structures de mutuelles de santé formant le réseau alliance santé, 37 117 membres en 2007), le Programme d'Appui aux Mutuelles de Santé en Afrique (PROMUSAF) (25 mutuelles de santé, 2353 membres en 2007), le Projet Intégré de Santé Familiale (PISAF) (28 mutuelles de santé, 2823 membres en 2007), l'Association pour le Développement de la Mutualité Agricole au Bénin (ADMAB) (13 mutuelles de santé, 2750 membres en 2007) et l'Organisation internationale du travail/Stratégies et outils contre l'exclusion sociale et la pauvreté (ILO-STEP) (6 mutuelles de santé dont la mutuelle de sécurité sociale du ministère du Travail MSS, 11 808 membres en 2007)³³.

Des obstacles à l'adhésion similaires à ceux observés dans les autres pays africains ont été observés. Il s'agissait³³ :

- De la faible capacité financière des ménages.
- De la difficulté d'accès aux villages reculés (accessibilité géographique difficile).
- Des prestations de mauvaise qualité (mauvais accueil, refus de prodiguer les prestations par les professionnels de santé...) qui ont même entraîné la sortie de certains membres de la mutuelle avec des cas de non-renouvellement.
- Des intérêts personnels des prestataires de soins (impossibilité de continuer les fraudes, les rançonnements...).

- Du caractère non avantageux du paquet de services offert.
- De l'insuffisance des mécanismes de communication et d'information par les mass médias³³.

Les facteurs pouvant accroître ce taux d'adhésion et rendre le système efficient et viable étaient³³ :

- La priorisation des adhésions familiales par rapport aux adhésions individuelles,
- L'établissement de contrats formels avec les prestataires de soins visant à renforcer la relation des mutuelles avec ceux-ci,
- La formation des prestataires,
- L'implication des prestataires dans la promotion des mutuelles et la sensibilisation de la population,
- La motivation monétaire ou non,
- L'équipement des établissements de santé,
- L'amélioration du paquet de service offert pour attirer de nouveaux membres
- La mise en place de nouvelles stratégies d'information et de communication individuelles et communautaires (information porte-à-porte, implication des élus locaux, des leaders religieux, des chefs traditionnels et des relais communautaires, témoignages de membres satisfaits),
- L'implication active de l'État (mise en place d'un dispositif légal rendant obligatoire l'adhésion, subventions pour la prise en charge des plus pauvres, équipements des hôpitaux, etc.)³³.

Enfin, la mise en place d'un régime d'assurance maladie universelle, qui intégrerait les structures de mutuelles de santé, serait intéressante pour assurer la pérennité de celles-ci³³.

Le tableau VII qui suit présente de façon synthétique les principaux facteurs influençant l'adhésion aux mutuelles de santé au Bénin.

Tableau VII : Facteurs influençant l'adhésion aux mutuelles de santé au Bénin

Types de facteurs	Obstacles	Facteurs facilitants
Caractéristiques de la population	Faible capacité financière des ménages. Difficulté d'accès aux villages reculés (accessibilité géographique difficile)	Priorisation des adhésions familiales par rapport aux adhésions individuelles
Caractéristiques des prestataires de soins	Intérêts personnels des prestataires de soins (impossibilité de continuer les fraudes, les rançonnements...)	Établissement de contrats formels avec les prestataires de soins visant à renforcer la relation des mutuelles avec ceux-ci Formation des prestataires Implication des prestataires dans la promotion des mutuelles et la sensibilisation de la population Motivation monétaire ou non
Caractéristiques des responsables	Insuffisance des mécanismes de communication et d'information par les mass médias (transmission déficiente de l'information)	Stratégies d'information et de communication individuelles et communautaires (information porte-à-porte, implication des élus locaux, des leaders religieux, des chefs traditionnels et des relais communautaires, témoignages de membres satisfaits)
Services offerts	Paquet de services offerts non avantageux Prestations de mauvaise qualité (mauvais accueil, refus de prodiguer les prestations par les professionnels de santé...)	Amélioration du paquet de service offert pour attirer de nouveaux membres Équipement des établissements de santé
Contexte politique		Implication active de l'État (mise en place d'un dispositif légal rendant obligatoire l'adhésion, subventions pour la prise en charge des plus pauvres, équipements des hôpitaux, etc.)

3-3- Facteurs influençant l'implantation de l'assurance maladie universelle

Le processus d'assurance maladie universelle se retrouve à différents stades selon les pays et les continents avec différentes problématiques. Par exemple, une étude qui a fait l'état des lieux

de la mise en place de la couverture sanitaire universelle dans 11 pays à faibles, moyens et forts revenus du programme partenariat banque mondiale⁴² a permis d'objectiver que ces pays se retrouvaient à différentes étapes de la mise en place du processus. Ils étaient soit au stade d'élaboration du programme, soit au début de la mise en œuvre, soit à un stade avancé de la mise en œuvre ou au stade d'accroissement de l'efficacité des structures mises en place⁴². Au Bangladesh et en Éthiopie par exemple, le processus est à ses débuts, avec une couverture sanitaire encore faible, la mise en place de la couverture étant à ses débuts⁴². Dans quatre autres pays (Ghana, Pérou, Indonésie, Vietnam) le processus de mise en œuvre est en cours, mais à un stade plus avancé⁴². La couverture est accessible financièrement à une part importante de la population, mais la fonctionnalité pratique du processus pose problème⁴². Au Brésil, en Thaïlande et en Turquie par contre, la couverture universelle est effective, des mesures sont en cours pour améliorer, adapter le programme, rendre le processus le plus fonctionnel possible⁴². Enfin, en France et au Japon, la mise en place est faite, toute la population bénéficie de la couverture universelle et les structures mises en place sont fonctionnelles et efficaces⁴². Selon le stade auquel ils se trouvent, ces pays sont confrontés à diverses difficultés concernant l'implantation de la couverture universelle.

Outre cette étude, plusieurs études synthétiques réalisées sur les modalités d'implantation d'un régime d'assurance maladie et les facteurs influençant l'implantation en Afrique francophone subsaharienne⁴³, anglophone, du nord, centrale et de l'est⁴⁴ ont permis d'avoir une vue globale du processus d'implantation. Parmi les pays d'Afrique subsaharienne ayant plus ou moins réussi l'implantation de leur régime d'assurance universelle se trouve le Rwanda avec une couverture estimée à 91 %⁴³. Il est suivi du Sénégal, avec 20 % de couverture²⁴. Les pays ayant les plus faibles taux de couverture étaient le Burkina Faso avec 3 % de couverture et le Niger avec 4 %⁴³. Les principaux obstacles et facteurs facilitants qui ressortaient des différentes études sont présentés dans les pages qui suivent.

3-3-1- Obstacles à l'implantation du régime d'assurance maladie

- Obstacles liés aux facteurs institutionnels, structurels

En Afrique francophone, la faible contribution à l'assurance maladie serait due aux facteurs institutionnels et structurels⁴³.

- Au plan institutionnel, l'environnement politique caractérisé par la gouvernance, la stabilité politique et la capacité de l'État à mobiliser les ressources internes était mis en cause²⁰. La mauvaise gestion et la mauvaise coordination étaient incriminées⁴³.
- Mauvaise gouvernance (mauvaise gestion, mauvaise coordination) : il convient ici de citer les exemples du Ghana et du Rwanda qui faisaient face à des difficultés de gestion et d'administration efficace du processus²⁵. Notons que dans les pays où il s'agissait de mettre en place l'assurance maladie obligatoire (Ghana par exemple), l'existence d'un secteur informel majoritaire constituait un véritable obstacle à la réussite de l'implantation. Il se posait souvent un problème de gestion administrative (mobilisation des ressources financières) surtout si la contribution des ménages constituait une part significative des ressources à mobiliser⁴⁵. Au Sénégal, le secteur formel était majoritairement représenté et la problématique consistait en l'extension de la couverture à la population du secteur informel et aux groupes sociaux les plus vulnérables (indigents...) ³¹. Il s'agissait de décentraliser le processus en augmentant le nombre de mutuelles de santé sur le territoire pour atteindre ces cibles³¹. On observait une insuffisante coordination des interventions d'appui aux mutuelles de santé, un faible engagement politique (mise en place des institutions) envers les mutuelles et une insuffisance des infrastructures sanitaires³¹.
 - Incapacité de l'État à mobiliser les ressources : Malgré le fort taux de réussite de l'implantation du régime d'assurance maladie au Ghana, quelques obstacles dans la mise en œuvre ont été rencontrés. Il s'agissait essentiellement des retards de décaissement des fonds du gouvernement central aux établissements de soins de santé^{46,47}. En effet, il a été observé un retard dans le remboursement des prestations (pouvant entraîner un refus de la prise en charge des assurés par les prestataires de soins)²⁴. Ces difficultés à mobiliser les ressources financières, empêchaient également l'expansion du processus aux groupes sociaux les plus vulnérables²⁴.
 - Faible engagement politique⁴⁸ : Nous avons l'exemple du Niger où les obstacles étaient liés à un faible engagement politique (financier)²⁴.

➤ Instabilité politique : L'instabilité politique régnante en Côte d'Ivoire a été un frein à la mise en place du régime d'assurance maladie²⁴. Nous avons également le Tchad qui était confronté à d'énormes difficultés liées à l'instabilité politique²⁴. Il convient de préciser que le Bénin fait partie des pays ayant les meilleurs résultats en matière de qualité des politiques⁴³.

- Au plan structurel, les facteurs suivants ont été observés.

➤ L'absence de cadres législatifs et réglementaires clairs^{43,48}

➤ L'existence de multiples programmes sociaux de financement de la santé posait problème⁴². En effet l'harmonisation de ces différents programmes présentait des difficultés⁴². De plus il existait des difficultés d'intégration des structures de mutuelles déjà en place au processus qui se manifestaient par une mauvaise articulation et coordination des différents acteurs (mutuelles, services de santé, autorités locales)³⁰.

- **Obstacles liés au contexte socioéconomique**

- Incapacité à mobiliser les ressources financières : Les facteurs empêchant le plus souvent l'expansion de l'assurance maladie étaient les ressources financières insuffisantes⁴⁸. Au Ghana par exemple, une des principales difficultés rencontrées était le déséquilibre entre les revenus et les dépenses (les dépenses par bénéficiaire se retrouvaient être supérieures aux recettes) empiétant sur l'expansion de la couverture⁴². L'absence de ressources financières adéquates constituait donc un frein pour l'expansion de la couverture sanitaire universelle⁴². Nous avons également l'exemple du Burkina Faso qui présentait des difficultés à mobiliser les ressources financières⁴⁹.

- Crise économique : Au Congo par exemple les principaux obstacles à la mise en place du système d'assurance maladie étaient liés à la situation économique du pays²⁴. En effet, la chute du marché du pétrole avait causé une importante crise économique²⁴. Cette crise avait eu de graves répercussions sur la mise en place de ce régime d'assurance maladie bismarckien²⁴. Elle était marquée par une diminution croissante des acteurs du secteur formel (taux de chômage élevé, taux croissant d'agents retraités) avec une réduction de la capacité financière des ménages²⁴. Le Tchad également avait été confronté à d'énormes difficultés liées à la crise économique à laquelle il a eu à faire face²⁴.
- Financement basé sur l'aide extérieure et les recettes de l'État : Le régime rwandais était confronté à une problématique de viabilité financière à long terme. En effet le régime dépendait majoritairement de l'engagement financier de l'État et des aides extérieures²⁴. Cette situation financière empêchait l'expansion du programme vers les couches sociales les plus vulnérables²⁴.

- **Obstacles liés aux services offerts**

- Besoin de la population, garanties offertes : Il existerait un fossé entre les besoins des populations et la qualité des soins et des garanties offertes (insuffisantes)⁴³ en Afrique francophone. La faible capacité managériale (estimation biaisée des primes) et les frais généraux élevés (montant de l'adhésion et des cotisations, périodicité des cotisations, affiliation familiale ou seulement partielle) constituaient également des facteurs clés pouvant influencer négativement l'adhésion⁴³. Les facteurs empêchant le plus souvent l'expansion de l'assurance maladie seraient les forfaits irréalistes (au-delà des capacités des populations)⁴⁸. Le paiement non échelonné sur toute l'année pourrait être aussi un frein⁴⁹. Par ailleurs l'existence d'une prime d'adhésion en elle-même pourrait constituer un obstacle à l'adhésion des populations indigentes⁴⁹. Au Kenya, le caractère abordable ou non des primes, le calendrier des contributions et la mesure dans laquelle les

préoccupations de la population sont prises en compte étaient retrouvés comme des facteurs influençant l'adhésion des populations au programme d'assurance maladie⁵⁰.

- Qualité des services offerts et disponibilité des ressources (humaines, matérielles) : La fonctionnalité du système de santé (prestation de mauvaise qualité, pénurie de professionnels de la santé, prestataires de soins non qualifiés, etc.) pourrait constituer un frein à l'expansion de la couverture sanitaire universelle^{30,50}. Par exemple, une étude réalisée au Ghana, en Afrique du Sud et en Tanzanie objectivait que la mauvaise qualité des services fournis (mauvais accueil, services non disponibles, refus de prodiguer les soins par les prestataires, rupture fréquente de stock de médicaments), le manque d'infrastructures sanitaires (hôpitaux mal ou non équipés), et le manque de prestataires de soins qualifiés constituaient des obstacles importants à l'adhésion⁵¹. Au Ghana par exemple, les structures étaient mises en place, mais leur fonctionnalité posait problème²⁴. On objectivait une insuffisance des infrastructures sanitaires et une qualité des services non optimale²⁴. Le Rwanda quant à lui, faisait face à des difficultés liées à la qualité des services fournies²⁵. Au Sénégal les obstacles étaient essentiellement liés à l'insuffisance des infrastructures sanitaires²⁴.

- **Obstacles liés aux responsables et à leurs perceptions**

- Qualité de la relation entre les acteurs responsables de la mise en œuvre : mauvaise qualité de la collaboration existante entre les différents acteurs (partenaires sociaux, ministères, assureurs, prestataires de soins, syndicat, associations)⁴³. En effet, il a été relevé que l'existence de conflits entre les différents acteurs constituait un frein à l'implantation du régime d'assurance⁴³. Pour ce qui est de la solidarité, la capacité à établir un consensus entre les différents acteurs clés de la mise en œuvre avait été mise en cause⁴⁴. En effet, chaque acteur selon ses intérêts pouvait présenter des résistances⁴⁴. Au niveau du gouvernement, c'était surtout la définition des différentes activités et fonctions, la coordination entre les différents acteurs, et les avantages perçus qui posent problème⁴⁴. Ces acteurs étaient le ministère de la Santé, le ministère des Finances, les

fournisseurs publics, l'agence de sécurité sociale et l'agence d'assurance maladie⁴⁴. Nous avons l'exemple du Niger, où les obstacles étaient aussi liés à une collaboration défailante entre les acteurs²⁴. Nous avons également le cas du Nigéria. Au Nigéria, la couverture universelle était faible (4 %) et assurait majoritairement les acteurs du secteur formel⁵²; les intérêts politiques et économiques des acteurs impliqués dans la mise en œuvre influençaient dans une large mesure l'implantation effective de l'assurance maladie⁵². Ainsi la mise en œuvre de l'assurance maladie s'inscrivait dans un jeu politique où les intérêts des principaux acteurs (responsables de la mise en œuvre, prestataires de soins, bénéficiaires) devraient être pris en compte⁵². Au niveau des acteurs politiques, le partage du pouvoir au sein du gouvernement entraînait un ralentissement du processus d'adoption des réformes, le consensus étant difficile à obtenir⁵².

- Compétences des responsables : Les principaux défis de la mise en œuvre d'un régime d'assurance maladie universel au Burkina Faso seraient la faible capacité managériale (estimation biaisée des primes, absence d'outils de gestion et de campagnes d'information), l'absence de mécanisme de contrôle du risque moral (absence de photographie sur carte de membre avec risque de fraude)⁴⁹.
- Résistance au changement : opposition de certains groupes d'intérêts au changement et à l'instauration de réformes⁴².

- **Obstacles liés aux prestataires de soins et à leurs perceptions**

- Modalités de paiement : Les prestataires s'interrogeaient sur les modalités de paiement des prestations de soins et leur autonomie dans la prise de décision relative aux soins de leurs patients⁴⁴. La question de la motivation financière se posait⁵².
- Implication dans l'élaboration du processus : Au Nigéria, l'exclusion des prestataires de soins dans l'élaboration du processus constituait un frein important à leur adhésion⁵². En

effet, l'absence de prise en compte de leurs préoccupations était un facteur qui influençait négativement l'adoption du programme par ceux-ci⁵².

- Conflits entre prestataires (médecins et pharmaciens): Au Nigéria, les pharmaciens se sentaient mis à l'écart par les médecins. En effet, ils accusaient ceux-ci d'effectuer les prescriptions de façon à ce que seuls les centres de santé fournissent les médicaments aux assurés, au détriment des pharmacies privées. Ainsi, les intérêts des pharmaciens privés n'étaient pas assurés. Il y avait donc un manque de collaboration entre les prestataires⁵².

- **Obstacles liés aux autres acteurs et à leurs perceptions**

- Les donateurs, les partenaires techniques et les ONG externes étaient réticents à financer le projet, car ils s'interrogeaient sur sa durabilité⁴⁴.
- Au niveau de la sphère privée, certains employeurs n'adhéraient pas au processus en raison de la hausse de la fiscalité⁴⁴.
- Les régimes d'assurance privés percevaient l'assurance maladie universelle obligatoire comme une concurrence⁴⁴.

- **Obstacles liés aux caractéristiques des populations et à leurs perceptions**

- Facteurs économiques et sociaux : la répartition des revenus, le taux de croissance économique, le marché du travail, et la capacité à contribuer à l'assurance avaient été incriminés⁴³. Notons que le secteur informel était très développé dans ces pays (Afrique francophone)⁴³. Au Burkina Faso et au Tchad par exemple, l'incapacité financière des ménages à payer la prime avait été reconnue comme une importante barrière à l'adhésion^{24,49}.

- Facteurs culturels : Il existait, particulièrement dans les pays africains francophones un manque de confiance accrue de la population envers la capacité, la volonté et la motivation de leurs États à mettre en œuvre l'assurance maladie universelle et à assurer des prestations de qualité^{17,34,43,44,49}. Ceci s'expliquerait par le manque de performance du système de santé (prestations de mauvaise qualité) de certains pays de l'Afrique de l'Ouest, la mauvaise gestion des ressources financières, la mauvaise gouvernance, l'existence de la corruption au sein des institutions et le retard dans le remboursement des prestations¹⁷. Il convient de préciser que les réformes étaient souvent mises en place sans l'implication préalable des populations⁴⁴. L'attrait pour la médecine traditionnelle^{12,43} et le manque de solidarité (individualisme)⁴³ pourraient également constituer des freins à l'adhésion au régime d'assurance maladie.
- Facteurs sociodémographiques : la méconnaissance de la couverture sanitaire universelle et de ses modalités^{25,34,50}, le faible niveau d'éducation (faible taux de scolarisation, analphabétisme)^{43,49,53}, le manque d'information avec des mécanismes de sensibilisation inadéquats³ et la répartition géographique de la population⁴³ avaient été identifiés. L'âge avancé⁴⁹, le fait d'être une femme⁴⁹, l'éloignement de la formation sanitaire^{25,43,49} et l'impossibilité de choisir des structures de soins⁴⁶ avaient également été mis en cause.
- Avantages non perçus : au niveau de la sphère sociale, la faible adhésion des syndicats, des fonctionnaires et autres employés du secteur formel s'expliquerait par le fait qu'ils bénéficiaient déjà de nombreux avantages (subventions, couverture publique) et ne ressentaient pas le besoin de souscrire à une assurance maladie obligatoire⁴⁴. Cette résistance à l'adhésion observée chez les fonctionnaires⁵² serait également due à un manque de confiance en la capacité des dirigeants à gérer efficacement le processus (peur de souscrire sans pouvoir bénéficier des prestations)⁵². La population en général n'arrivait pas à évaluer les bénéfices de l'assurance (coûts, qualité des services fournis, etc.)⁴⁴. Au Nigéria par exemple, les acteurs du secteur formel semblaient être privilégiés⁵². L'autre tranche de la population ne voyant pas ses intérêts pris en compte

était réticente à adhérer au processus et manifestait une certaine méfiance vis-à-vis des dirigeants⁵².

- Qualité perçue des soins : on observait une insatisfaction à l'égard des services de santé⁴⁹.

- **Autres obstacles**

- Priorisation du secteur formel : le démarrage du processus de mise en place de la couverture universelle par les acteurs du secteur formel, cible la plus facile à atteindre, pourrait constituer un véritable obstacle à l'expansion de la couverture sanitaire à la couche la plus vulnérable²⁹.
- Influence des bailleurs de fonds : la dépendance vis-à-vis des bailleurs de fonds institutionnels était perçue comme un obstacle important à la réussite du processus. En effet ceux-ci avaient tendance à imposer leur politique, qui le plus souvent n'était pas adaptée au contexte local³⁵. Une implication plus passive serait souhaitée²⁵.

3-3-2- Facteurs facilitant l'implantation du régime d'assurance maladie

- **Cadre institutionnel et politique**

- Existence d'un cadre institutionnel politique efficace (bonne gouvernance, capacité économique)^{16,44}.
- Clarté dans la détermination des rôles et responsabilités des différentes parties prenantes du système de santé (cadres législatif et réglementaire clairs)^{25,34,48}.
- Existence préalable de structures fonctionnelles et adéquates avec une économie en bonne santé²⁵.

- **Contexte politique**

- L'expérience des pays avancés a démontré l'importance de l'implication active du gouvernement aussi bien dans la mise en place des institutions que sur le plan financier^{25,26,28,54}.
- Un réel engagement politique⁴³ : Outre les rôles de régulation, supervision et exécution, l'État devrait également assumer un rôle décisif dans les réformes complémentaires à l'assurance maladie (mobilisation des ressources, mise en place des institutions...)⁴⁵, surtout en matière d'amélioration de la qualité des services offerts (soins, disponibilité des médicaments, personnel qualifié)⁴³. En effet, la qualité perçue serait un facteur non négligeable d'adhésion⁴³.
- Un leadership politique^{25,29,34,42,55} (prise en compte et négociation avec les différents groupes d'intérêts, prise en charge des groupes sociaux vulnérables, mise à disposition de ressources financières), la mise en place de politiques de redistribution des ressources et de réduction des inégalités d'accès aux soins (intégration des différentes politiques), l'instauration d'un équilibre entre la gestion des revenus, la gestion des dépenses (modalités de paiement des prestataires de soins, négociation avec les firmes pharmaceutiques, paquets de services fournis), et l'expansion de la couverture.

- **Contexte économique**

Pour certains auteurs, les facteurs socioéconomiques et politiques pourraient accélérer le processus de mise en place du régime d'assurance maladie universelle.

- Il s'agit par exemple d'une forte croissance économique, d'une économie dominée par le secteur formel, d'une population majoritairement urbaine, d'un système de solidarité nationale et d'une forte implication politique⁵⁶. Notons qu'une forte croissance économique serait corrélée positivement à la capacité de la population à participer aux dépenses en matière de financement de la santé^{26,28,54}. En effet, l'existence d'un PIB par habitant élevé pourrait faciliter la capacité contributive des ménages lors de l'implantation d'un régime d'assurance maladie obligatoire. Il pourrait même augmenter les recettes fiscales entraînant ainsi une meilleure mobilisation des ressources⁴⁵. La prédominance du secteur formel permettrait une meilleure estimation des revenus et l'accessibilité aux cotisations^{26,28,54}.

- La nécessité d'une forte implication politique, avec une augmentation substantielle des dépenses gouvernementales quel que soit le régime d'assurance maladie adopté, avait également été observé comme facteur facilitateur du processus⁵⁷.

- **Modalités de financement**

- L'amélioration des modalités de perception des recettes fiscales et l'introduction de systèmes de financements innovants pourraient augmenter de façon substantielle les recettes fiscales²⁹. Ceci permettrait une meilleure allocation de ces ressources au domaine de la santé. Cinquante-deux (52) pays en voie de développement pourraient accroître de 31 % leurs recettes fiscales en améliorant leur gestion de la perception des impôts²⁹.
- La contribution financière des donateurs (aides extérieures) serait également un facteur non négligeable^{26,29,54}. La formation de partenariats entre l'État, les communautés et les donateurs pourraient constituer une base solide pour la réussite du processus²⁶.
- Autres sources de financement : Les recettes liées aux charges sociales n'étant pas suffisantes en général pour permettre l'expansion de la couverture, diverses méthodes pourraient être utilisées pour accroître les revenus (autres sources de recettes fiscales, croissance du secteur de l'assurance maladie privée volontaire, nouvelles charges sociales sur salaire)⁴².

- **Services offerts**

- La priorisation de l'affiliation familiale par rapport à l'affiliation individuelle serait un facteur d'accroissement significatif du taux d'adhésion⁵⁴. Il s'agirait de rendre les modalités d'affiliation familiale plus attractives et plus avantageuses que l'affiliation individuelle^{17,54}.

- L'adaptation de l'offre à la demande¹⁶ : systèmes de soins efficaces avec des infrastructures équipées et la disponibilité de prestataires de soins qualifiés et motivés pour répondre à la demande de services.
- Le choix des services avantageux pour la population et le ciblage des populations particulièrement vulnérables¹⁶.
- Le respect des normes de qualité¹⁶.

- **Facteurs relatifs aux responsables de la mise en œuvre et modalités de gestion**

- Il serait essentiel de disposer des compétences nécessaires au sein des acteurs pour réussir le processus²⁶. En effet, des acteurs compétents et qualifiés seraient nécessaires pour mettre en œuvre efficacement (gestion efficace) le processus⁴⁵.
- Sur le plan administratif, il serait essentiel de décentraliser les structures de gestion de l'assurance maladie universelle de façon à assurer une gestion optimale du processus (meilleur contrôle des délais et du processus)^{17,34,54}.
- Selon les auteurs^{40,43}, il serait primordial de tenir compte des perceptions des consommateurs et de les intégrer dans le processus de conception du régime pour augmenter le taux d'adhésion.
- L'implication des différents groupes sociaux dans la conception de la politique sociale^{17,25,29,48,54} (toutes les couches sociales représentant la population devront être représentés)^{25,48} permettra d'améliorer la qualité de la relation de confiance entre les dirigeants et la population^{26,45,48}. En effet, l'implication active de toutes les parties prenantes dans le processus de décision pourrait garantir la transparence de la démarche⁴⁵.

- La collaboration avec les mécanismes d'assurance existants serait essentielle. L'implication active des mutuelles de santé existant préalablement sur le terrain serait essentielle au processus d'expansion de l'assurance maladie universelle (pour les régimes visant l'expansion de la couverture universelle via les mutuelles de santé). En effet, elles permettent d'accéder plus facilement aux couches sociales plus vulnérables (acteurs du secteur informel, les indigents...) ³⁰. Cette implication devra consister en une réelle volonté à mettre à la disposition des mutuelles les ressources (techniques, financières...) nécessaires à leurs expansions ³⁰.
 - La mise en place de stratégies de communication, d'information et de sensibilisation adéquates et efficaces serait également un facteur déterminant d'adhésion, surtout dans les pays où le concept d'assurance est peu connu ^{17,25,34,50,58}. Il s'agirait également de cibler les populations ayant un faible taux d'éducation (ex. : analphabètes) pour augmenter le taux d'adhésion ⁵⁹.
 - Mise en œuvre progressive du processus : l'implantation d'une couverture sanitaire universelle serait un processus foncièrement progressif (plusieurs décennies) qui devrait être amélioré au fur et à mesure en tenant compte des défis rencontrés sur le terrain, des expériences d'autres pays et adapté au contexte particulier de chaque pays ^{25,42,57}.
- **Facteurs relatifs aux prestataires de soins**
- La disponibilité de ressources humaines qualifiées et motivées pèserait dans la balance ^{25,42} pour ce qui est de la fonctionnalité des structures, de l'efficacité, de la qualité des services fournis et de la performance.
 - Recrutement et amélioration de la performance des prestataires de soins via des formations pour accroître les compétences des prestataires ⁴².

- Motivation du personnel de santé à l'aide d'incitatifs monétaires ou non (rémunération basée sur la performance, reconnaissance et soutien des pairs)⁴². Au Rwanda et au Zimbabwe par exemple, le financement basé sur la performance avait eu un effet positif sur la qualité des services fournis (renforcement du système de prestations des services)^{25,60}. Il faut préciser qu'une meilleure qualité des services serait corrélée positivement à une augmentation du taux d'adhésion^{25,30,34,60,61}.
- Mise à disposition des prestataires, d'infrastructures adaptées et de qualité⁴².

Mesures pour atténuer la répartition inéquitable des prestataires sur le territoire (pénurie de prestataires dans les zones rurales et éloignées) : incitatifs monétaires ou non^{42,60}, existence de meilleures conditions de travail, service obligatoire, facilitation des diplômés des zones sous desservies à l'intégration du marché de l'emploi (bourses d'études, quotas...) et supervision formative dans les établissements santé⁴².

- Facteurs relatifs à la population

- Répartition géographique
 - La prédominance de la population urbaine par rapport à la population rurale permettrait de garantir à la population des soins de qualité²⁸. De plus, l'implantation d'une assurance maladie obligatoire aurait plus de chances de réussir dans les milieux urbains (densité élevée de la population, disponibilité d'infrastructures et de moyens de communication de qualité)⁴⁵.
- Solidarité et entraide
 - L'adoption du principe de solidarité par la société^{26,45,54} serait essentielle. En effet, l'existence d'un vent de solidarité nationale qui se manifesterait par exemple par des

mouvements sociaux à la suite de bouleversements constituerait un facteur facilitant non négligeable de la réussite de l'implantation⁴².

- L'appartenance à un groupe d'entraide ou à une association à caractère social (ex. : tontines) serait un facteur favorable¹⁷. En effet, les personnes habituées à l'utilisation des systèmes de microfinances¹⁷ auraient tendance à adhérer plus facilement au concept d'assurance maladie universelle.

- Satisfaction des premiers adhérents : la satisfaction des premiers adhérents serait aussi un facteur favorisant l'adhésion de nouveaux membres¹⁷.
- Demande formulée par la population : une demande accrue et une réelle perception des avantages du nouveau régime par les bénéficiaires étaient considérées comme des facteurs facilitateurs⁴⁴. L'exemple du Ghana avait été cité, car la présence de ces facteurs avait largement contribué au succès de l'implantation du régime d'assurance maladie obligatoire⁴⁴. La Tanzanie par contre, a été confrontée à une forte résistance de la population parce que la demande n'était pas présente⁴⁴.
- Mesures incitatives : les dons de moustiquaires, la planification familiale, les vaccinations, etc. avaient été utilisés au Rwanda pour accroître l'adhésion de la population⁶⁰.

La synthèse des facteurs influençant l'implantation de l'assurance maladie universelle (AMU) est présentée au tableau VIII.

Tableau VIII : Facteurs influençant l'implantation de l'assurance maladie universelle (AMU)

Types de facteurs	Obstacles	Facteurs facilitants
Contexte politique	Mauvaise gouvernance (mauvaise gestion, mauvaise coordination), incapacité de l'État à mobiliser les ressources, faible engagement politique, instabilité politique	Cadre institutionnel politique efficace (bonne gouvernance, capacité économique), réel engagement politique, leadership politique
Contexte structurel et institutionnel	Absence de cadres législatifs et réglementaires clairs, multitude de programmes sociaux de financement de la santé	Clarté dans la détermination des rôles et responsabilités des différentes parties prenantes, existence préalable de structures fonctionnelles et adéquates
Contexte socioéconomique	Incapacité à mobiliser les ressources financières, crise économique, financement basé sur les aides extérieures	Économie en bonne santé, forte croissance économique, forte implication financière de l'État, amélioration des modalités de perception des recettes fiscales, introduction de sources innovantes de financement, contribution financière des donateurs
Services offerts	Insuffisance des services offerts, forfaits irréalistes, mauvaise qualité des prestations de soins, manques de ressources humaines et matérielles (personnel soignant, infrastructures, stock de médicaments)	Priorisation de l'affiliation familiale, adaptation de l'offre à la demande, choix de services avantageux pour la population, ciblage des populations vulnérables, respect des normes de qualité (soins, disponibilité des médicaments, personnel qualifié)
Responsables de la mise en œuvre	Conflits entre responsables, compétences insuffisantes, stratégies d'information et de communication déficiente, résistances au changement,	Acteurs compétents et qualifiés, décentralisation des structures de gestion, implication des différents groupes sociaux dans la conception de la politique, collaboration avec les mécanismes d'assurance existants, mise en place de stratégies de communication, d'information et de sensibilisation adéquates et efficaces, mise en œuvre progressive du processus implication de

				toutes les parties prenantes dans le processus décisionnel
Autres acteurs	Donateurs, Partenaires techniques et ONGS	Réticence par rapport à la durabilité, manque de confiance par rapport aux gestionnaires		
	Employeurs	Hausse de la fiscalité		
	Assureurs privés	Peur de la concurrence		
	Autres : Universitaires, Experts techniques	Non-implication dans la conception		
Prestataires de soins		Conflits entre prestataires, modalités de paiement (absence de motivation), implication insuffisante dans l’élaboration du processus	Disponibilité de ressources humaines qualifiées et motivées, formations des prestataires, motivations du personnel de santé à l’aide d’incitatifs monétaires ou non, mise à disposition d’infrastructures adaptées et de qualité	
Population		Facteurs socioéconomiques : répartition des revenus, faible taux de croissance économique, secteur informel développé, faible capacité contributive des ménages	Solidarité, Prédominance de la population urbaine par rapport à la population rurale, Adoption du principe de solidarité par la société,	
		Facteurs sociodémographiques : faible niveau d’éducation (analphabétisme), méconnaissance de l’assurance maladie universelle, manque d’information, répartition géographique de la population, éloignement de la formation sanitaire, impossibilité de choisir la structure de soins taille des ménages, régime matrimonial, état de santé moyen du ménage, recours		

	thérapeutique et perceptions de la santé, passé associatif, avantages de l'AMU non perçus, insatisfaction à l'égard de la qualité des soins	Sentiment d'entraide (habitudes d'appartenance à des associations),
	Facteurs culturels : manque de solidarité (individualisme), manque de confiance envers les gestionnaires et les prestataires de soins, attrait pour la médecine traditionnelle	Existence d'une demande accrue et réelle perception des avantages du nouveau régime par les bénéficiaires,
	Caractéristiques individuelles : sexe féminin, âge avancé, ethnie, religion, statut professionnel du chef de ménage	Satisfaction des premiers adhérents, Mesures incitatives (dons en nature ou en espèces)
Autres	Priorisation du secteur formel, influence des bailleurs de fonds	

Au total, la littérature nous montre qu'il existe une multitude de facteurs influençant l'implantation d'un régime d'assurance maladie universelle. Il s'agit essentiellement des contextes politique, structurel, institutionnel et économique, du type de services offerts, de la qualité de la collaboration entre les différents acteurs concernés par la mise en œuvre, des caractéristiques propres aux responsables de la mise en œuvre, aux prestataires de soins et à la population. Il faut préciser que les mêmes facteurs d'influence étaient le plus souvent rencontrés dans des contextes similaires, mais le type d'influence (obstacles ou facteur facilitant) variait considérablement selon chaque contexte. Par exemple le contexte politique était considéré dans les pays africains comme un facteur d'influence de l'implantation du RAMU, mais selon le contexte particulier de chaque pays, il pouvait être considéré comme un obstacle (conflits au niveau du gouvernement) ou un facteur facilitant (stabilité politique). Au Bénin, aucune analyse de l'implantation n'a été faite afin de mettre en évidence les facteurs d'influence de l'implantation dans le contexte spécifique béninois. Ceci met en évidence l'objet de la présente étude. En effet, il s'agit d'estimer le degré d'implantation, de comprendre le contexte béninois et de déterminer les différents facteurs contextuels qui influencent négativement ou positivement l'implantation du RAMU au Bénin.

4- CADRE CONCEPTUEL

Il n'existe pas de consensus dans la littérature sur la définition de l'analyse de l'implantation. En effet, les définitions varient considérablement selon les auteurs⁶². Selon Patton, « l'analyse d'implantation vise essentiellement à savoir qu'est-ce qui se passe au niveau du programme implanté »⁶² ; il s'agit d'une notion plus vaste que la simple analyse des processus⁶². Champagne, Denis, Pineault et Contandriopoulos quant à eux, tiennent compte de l'influence de différents facteurs internes et externes sur le niveau d'implantation du programme. Selon eux, l'analyse de l'implantation « vise à étudier l'influence des facteurs organisationnels et contextuels sur les résultats obtenus après l'introduction d'une innovation »⁶². Sheirer, Rossi, Freeman et Lipsey par contre ne différencient pas l'analyse de l'implantation de l'évaluation des processus⁶². Ainsi, selon Sheirer l'analyse de l'implantation ou l'évaluation des processus répond essentiellement à trois questions : « Qu'est-ce qui était prévu ? Qu'est-ce qui a été fait en réalité ? Et pourquoi existe-t-il une différence entre ce qui était prévu et ce qui a été fait en réalité ? »⁶². Weiss distingue les deux concepts. En effet, selon elle « l'analyse des processus se distingue de l'analyse d'implantation sur le fait que l'analyse d'implantation ne traite pas des processus qui interviennent entre les services du programme et l'atteinte des objectifs du programme, mais qu'elle se centre sur la mise en place des services définis par le programme »⁶². Enfin, Love donne une définition très vaste de l'analyse de l'implantation : « évaluation des besoins et de la faisabilité, planification et conception du programme, opérationnalisation, amélioration du programme »⁶².

Face à cette multitude de concepts, il convient de choisir la définition qui se rapporte le mieux à l'objectif visé par notre étude et qui permettra de donner des réponses pertinentes à la problématique énoncée.

Dans le cadre de notre étude, nous avons retenu la définition de Champagne et al⁶². En effet, cette définition cadre parfaitement avec l'orientation de notre recherche qui vise à faire ressortir les facteurs internes et externes qui ont des répercussions sur le degré d'implantation de l'intervention. Ainsi pour Champagne et Denis^{62,63,64}, l'analyse de l'implantation « s'appuie conceptuellement sur trois composantes soit l'analyse :

- De l'influence des déterminants contextuels sur le degré de mise en œuvre des interventions (type 1),
- Des variations dans l'implantation sur son efficacité (type 2),
- De l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention sur les effets observés (type 3) ».

Nous allons procéder pour notre étude à une analyse de l'implantation de type I b selon Brousselle et al.⁶⁴ : analyse des déterminants contextuels de la mise en œuvre. Ceci s'explique par le fait que ce type d'analyse permettra de recueillir les facteurs contextuels influençant (obstacles et les facteurs facilitants) l'implantation du RAMU au Bénin.

En général, les principaux facteurs contextuels influençant l'implantation d'une intervention retrouvés dans la littérature sont regroupés en trois catégories⁶⁵ :

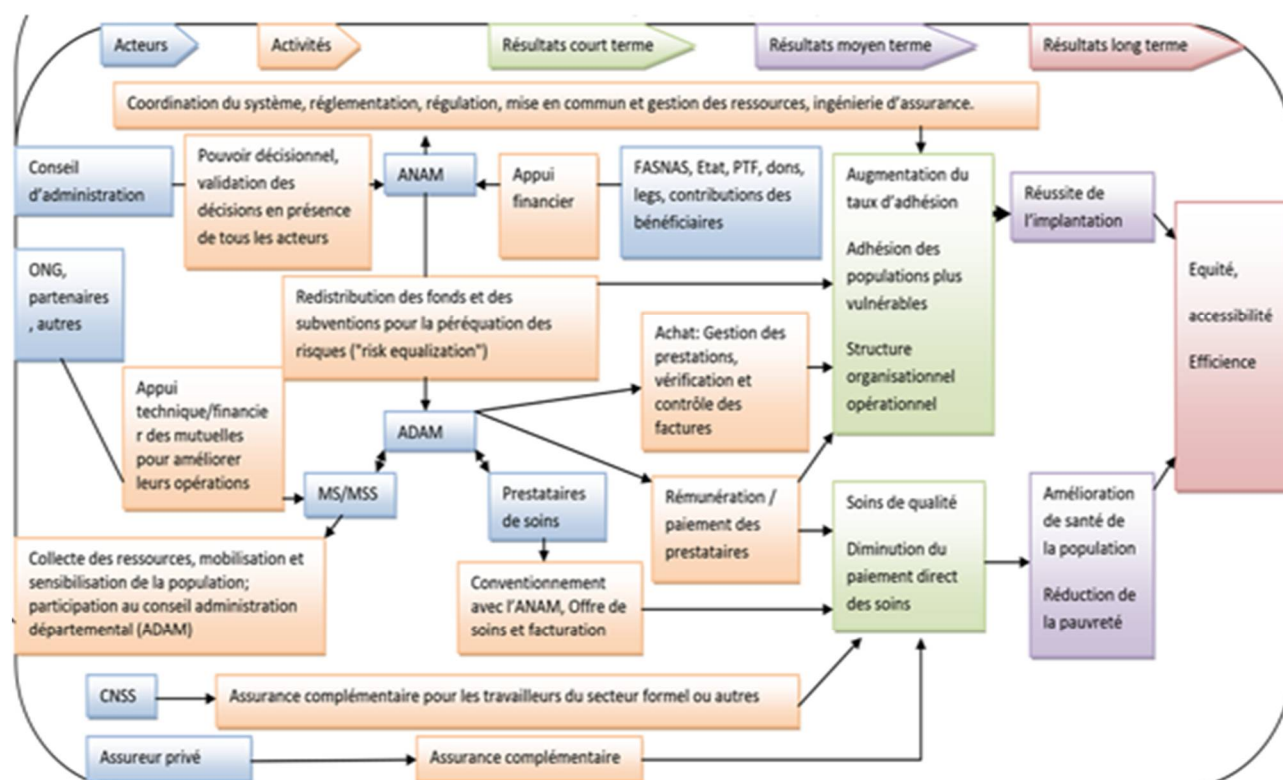
- Les déterminants relatifs au programme,
- Les déterminants internes à l'organisation et
- Les déterminants relatifs à l'environnement externe.

Le modèle théorique le plus synthétique, qui permet d'avoir une vue holistique de ces facteurs, est celui de Damschroder et al⁶⁶. En effet, ils ont regroupé plusieurs modèles théoriques de la littérature et ont fait ressortir cinq principaux déterminants. Il s'agit :

- « Des caractéristiques de l'intervention à planter dans une organisation particulière,
- Des caractéristiques internes (traits structurels, politiques et culturels du contexte dans lequel l'implantation est faite),
- Des caractéristiques externes (contexte socio-économique et politique de l'organisation),
- Des individus qui sont impliqués dans l'intervention et
- Du processus même de l'implantation »⁶⁶.

En tenant compte des caractéristiques retrouvées par Damschroder et al, du modèle logique du RAMU (mise en évidence des interactions entre les différents acteurs et le rôle attribué à chacun

d'entre eux) présenté à la figure 3, des facteurs influençant l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique et au Bénin (voir tableau et 7 état des connaissances) et des facteurs influençant l'implantation de l'assurance maladie universelle (voir tableau 8 dans l'état des connaissances) retrouvés dans la littérature, nous avons élaboré un modèle théorique de l'implantation du RAMU au Bénin (figure 4). Ce modèle théorique a servi de base à l'analyse de l'implantation du RAMU au Bénin.



Modèle réalisé par Doreen Vigan Medji

Figure 3 : Modèle logique de la mise en œuvre du RAMU

Les principaux facteurs contextuels présentés dans notre modèle théorique sont :

- Le contexte politique (gouvernance, stabilité politique et capacité de l'État à mobiliser les ressources internes),

- Le contexte socio-économique (croissance ou crise économique),
- Les paramètres propres au RAMU (montant de l'adhésion et des cotisations, périodicité des cotisations, prestations offertes, règles internes, etc.),
- Les caractéristiques propres aux responsables (compétences de gestion, qualité de la relation entre les différents responsables, coordination des activités, modalités de communication, perceptions du RAMU, etc.),
- Les déterminants relatifs aux prestataires de soins (motivations personnelles, compétences des prestataires, qualité de la relation entre les prestataires et entre les prestataires et les responsables, coordination des activités, confiance des prestataires de soins envers les dirigeants, perceptions du RAMU) et
- Les déterminants relatifs à la population cible (perceptions de la qualité des soins, confiance dans les compétences des prestataires de soins, confiance dans les compétences et la motivation des dirigeants, distance géographique, choix des structures de soins, facteurs économiques, culturels, sociodémographiques, individuels, etc.).

Les différents facteurs sont reliés entre eux et interagissent. Par exemple, le contexte politique peut interagir avec le contexte économique. Les contextes politique et économique peuvent influencer les paramètres propres au RAMU. Les paramètres propres au RAMU interagissent avec les caractéristiques des différents acteurs (responsables, prestataires, population cible). L'adhésion au RAMU peut être influencée par les caractéristiques propres à la population cible, l'opérationnalité de la structure organisationnelle et la qualité des services fournis. Le caractère opérationnel de la structure mise en place peut dépendre des caractéristiques propres aux responsables. La qualité des services fournis peut dépendre des déterminants relatifs aux prestataires de soins. En effet, les caractéristiques propres aux différents acteurs (responsables, prestataires de soins, population cible) peuvent influencer leurs capacités à réaliser effectivement les activités prévues et par là, à atteindre les résultats escomptés. Ainsi la réussite ou l'échec de l'implantation dépend des six principaux facteurs en eux-mêmes (contexte politique, contexte socioéconomique, paramètres propres au RAMU, caractéristiques propres aux responsables, caractéristiques des populations cibles, déterminants relatifs aux prestataires de soins) et des relations entre ceux-ci. L'étude portera sur les concepts présentés dans la figure 4 et expliqués au prochain chapitre.

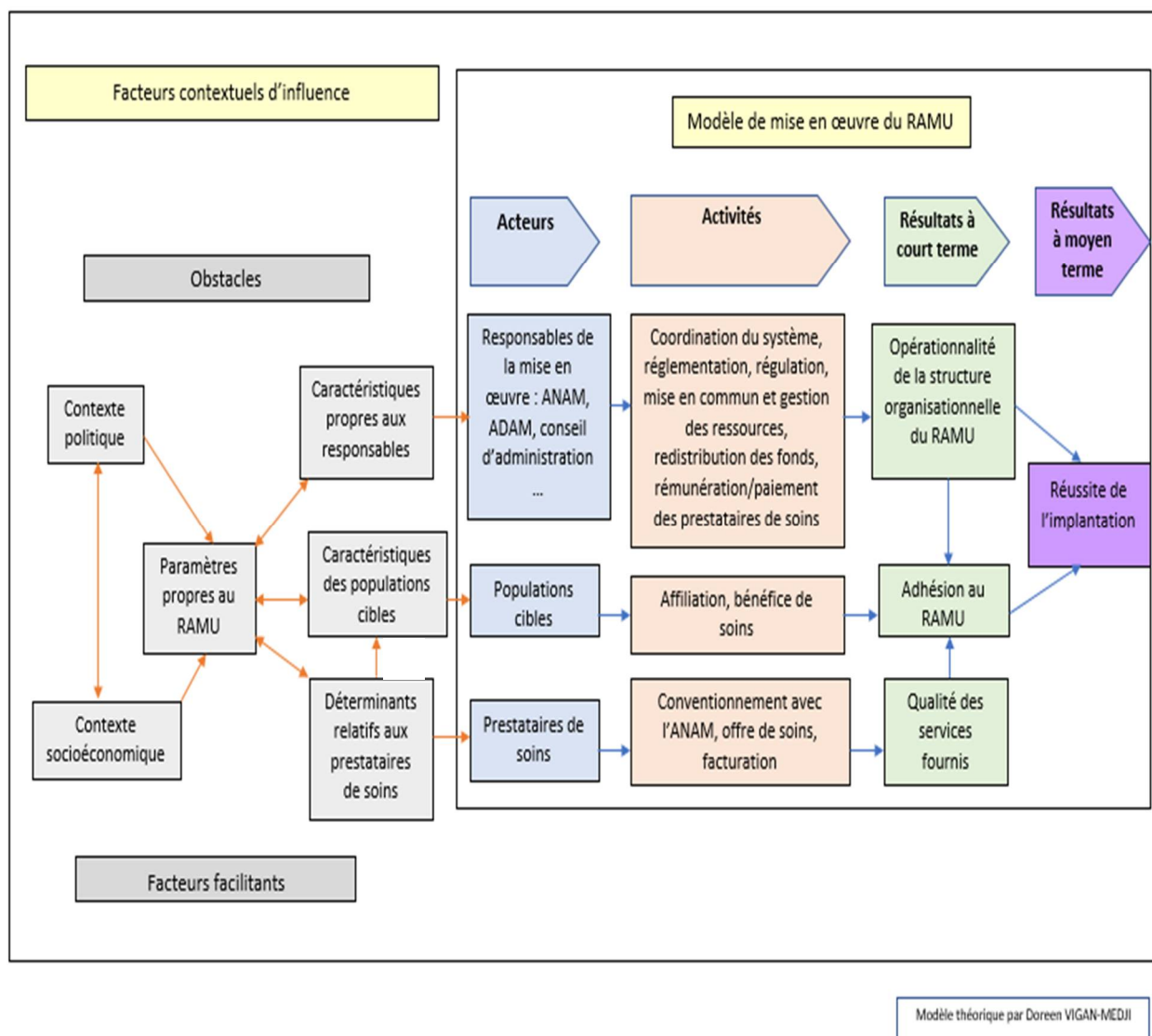


Figure 4 : Modèle théorique de l'implantation du RAMU au Bénin

5- MÉTHODOLOGIE

5-1- Stratégie de recherche

Notre stratégie de recherche se basait sur une recherche synthétique avec comme devis, l'étude de cas multiples (quatre) avec niveaux d'analyse imbriqués (trois). En effet, l'étude de cas est la plus indiquée selon Patton pour l'analyse de l'implantation et permet d'étudier les changements dans les systèmes complexes⁶⁷.

Les trois niveaux d'analyse que nous envisagions étudier représentaient les trois niveaux de la pyramide sanitaire béninoise : le niveau central (centre national universitaire), intermédiaire (centre départemental) et périphérique (hôpital de zone, centre de santé). Cette analyse devait se faire dans quatre zones sanitaires sur les 34 concernées par l'implantation. Sur le terrain, la stratégie a été un peu modifiée. En effet les données du terrain différaient de celles de la littérature. La mise en œuvre réelle s'est faite dans 6 zones pilotes et la phase d'extension sur toutes les 34 zones sanitaires témoignant de la mise en œuvre effective n'avait pas encore été faite. De plus la première étape de la mise en œuvre du RAMU s'est intéressée au niveau périphérique de la pyramide sanitaire du Bénin. Ainsi l'implantation du RAMU n'avait pas démarré dans les centres départementaux et nationaux. Nous avons donc réalisé une étude de cas multiples avec un niveau d'analyse (niveau périphérique). Les 6 zones pilotes correspondaient à une zone par département (selon l'ancien découpage territorial). Ces zones par département étaient : la zone sanitaire Cotonou VI (Atlantique/Littoral), la zone sanitaire Comè-Grand-popo-Bopa (Mono/Couffo), la zone sanitaire Bassila (Atacora/Donga), la zone sanitaire Nikki-Kalalé-Pèrèrè (Alibori/Borgou), la zone sanitaire Porto-Novo-Sèmè-podji-Aguégus (Ouémé/Plateau) et la zone sanitaire Covè-Zangnanado-Ouinhi (Zou/Collines).

Quatre zones sanitaires (cas) ont été sélectionnées sur les 6 zones pilotes concernées par la mise en œuvre. Le choix de ces quatre zones sanitaires s'est fait en collaboration avec l'agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) qui nous a fourni des estimations sur les taux d'adhésion au RAMU et les milieux concernés. Pour favoriser la diversité des cas, ces zones ont été choisies en fonction du taux d'adhésion, du milieu rural ou urbain et de la situation géographique nord ou sud. Ainsi, les zones suivantes ont été retenues : la zone sanitaire

Cotonou VI (fort taux d'adhésion, fort taux d'urbanisation, sud), la zone sanitaire Porto-Novo-Sèmè-podji-Aguégoués (faible taux d'adhésion, taux d'urbanisation moyen et faible, sud), la zone sanitaire Bassila (faible taux d'adhésion, taux d'urbanisation moyen et faible, nord) et la zone sanitaire Nikki-Kalalé-Pèrèrè (fort taux d'adhésion, taux d'urbanisation moyen et faible, nord). Les différents cas sélectionnés pour l'étude et les critères de sélection sont respectivement présentés à la figure 5 et au tableau IX.



Figure 5 : Cas sélectionnés pour l'étude

Tableau IX : Critères de sélection des cas

Zone sanitaire	Taux d'adhésion	Taux d'urbanisation	Situation géographique
Cotonou VI	Fort	Fort	Sud
Porto-Novo	Faible	Moyen et faible	Sud
Bassila	Faible	Moyen et faible	Nord
Nikki	Fort	Moyen et faible	Nord

Ce choix était guidé par la littérature qui indique que le milieu rural ou urbain^{28,45} et la situation géographique⁴³ pouvaient influencer le degré d'implantation, les contextes (culturels, socioéconomiques, sociodémographiques) étant différents. De plus, la comparaison d'un centre ayant un fort degré d'implantation avec celui ayant un faible degré permettrait de déterminer les facteurs contextuels similaires ou divergents impliqués. Ces différentes comparaisons permettraient d'obtenir dans une certaine mesure une vue exhaustive et un consensus sur les facteurs contextuels influençant l'implantation du RAMU. Il s'agissait pour nous d'adopter une stratégie de recherche qui permettrait de tenir compte dans une large mesure des facteurs contextuels pouvant influencer l'implantation du RAMU.

Notons que la majorité des études répertoriées dans la littérature ont suivi une démarche qualitative^{40,68} que ce soit à travers des entrevues, des groupes de discussion ou par observation. Ainsi, l'approche méthodologique que nous avons utilisée est mixte, mais à prédominance qualitative. En effet, notre étude s'est essentiellement inscrite dans une logique inductive et exploratoire dans laquelle la méthode qualitative est un outil très pertinent à la compréhension du phénomène. Au premier abord, une analyse de registres, de rapports et de statistiques a été faite (quantitatif et qualitatif) pour permettre d'estimer le degré d'implantation du RAMU et pour sélectionner les cas. Ensuite des entrevues ont été réalisées pour déterminer les perceptions des différents détenteurs d'enjeux et les éléments contextuels du processus de mise en place du RAMU. Il convient de préciser que notre démarche a également été déductive dans la mesure où, dans un premier temps nous nous sommes basé sur les thèmes fréquemment retrouvés la littérature (modèle théorique de l'implantation du RAMU au Bénin) pour construire

notre grille d'entrevue. Le choix des entrevues semi-structurées a permis d'une part de rechercher l'existence de ces thèmes de la littérature, dans le contexte béninois, et d'autre part de mettre en évidence les thèmes émergents spécifiques au contexte étudié.

5-2- Population cible et échantillonnage

5-2-1- Population cible

Les populations cibles étudiées se situaient à trois niveaux : la structure organisationnelle, le système sanitaire des zones choisies et la communauté desservie par ces zones. Il s'agissait pour nous d'interviewer les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du RAMU pour obtenir leurs différentes perceptions selon le rôle qu'ils jouent dans le processus. En s'appuyant sur notre modèle théorique, nos cibles étaient :

- Au niveau de la structure organisationnelle

- Les membres de l'équipe de gestion de la mise en œuvre du RAMU (membres de l'équipe de l'ANAM),
- Les responsables sanitaires de chaque zone sanitaire (directeurs départementaux de la santé, médecin coordonnateur, etc.) chargés d'introduire le RAMU dans leurs zones respectives.

- Au niveau du système sanitaire des zones choisies

- Les prestataires de services dans chaque zone sanitaire (médecins, pharmaciens, infirmiers, aides-soignants, commis de pharmacies, comptables, commis de caisse, assistants sociaux).

- Au niveau de la communauté desservie par ces zones

- Les populations ciblées par la première étape de la mise en œuvre du RAMU (acteurs du secteur informel [conducteurs de moto tricycle, revendeurs, etc.], acteurs du secteur agricole, élèves/étudiants, indigents),

- Les leaders communautaires utilisant les zones sanitaires (les élus locaux, chefs traditionnels et religieux, chef de village, chef d'arrondissement, guérisseur traditionnel).

Les critères d'exclusion des différentes cibles de l'étude étaient :

- Être de passage ou ne pas résider dans la zone sanitaire,
- Être un agent de santé stagiaire.

5-2-2- Échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage raisonné. La sélection des informateurs s'est faite à l'intérieur des populations cibles. L'ANAM était notre principal informateur clé. Elle nous a permis d'accéder à l'information en facilitant la sélection et l'accès aux répondants. En effet, elle nous a introduits dans les divers centres sélectionnés pour l'étude. Elle nous a également facilité l'accès aux populations cibles en mettant à notre disposition les registres d'identification. La sélection des répondants a été faite en vue d'obtenir un échantillon de type « variation maximale » selon les caractéristiques culturelles, économiques, sociodémographiques et individuelles de la population cible et le profil professionnel des autres acteurs impliqués dans la mise en œuvre. Au niveau de chaque cas, nous avons sélectionné selon leurs profils les répondants pouvant fournir des informations pertinentes. Pour avoir une diversification maximale, nous avons privilégié au niveau de la population ceux qui avaient des profils différents. Pour ce qui est des prestataires et des membres de l'équipe de gestion, le choix s'est fait selon leur expérience et leur rôle déterminant dans le processus (leader, coordonnateur, prestataires de soins ayant fourni des services RAMU, etc.).

Nous avons arrêté l'échantillonnage lorsque nous avons atteint une saturation des données recueillies.

Au total, nous avons interviewé 31 répondants, à raison de 7 répondants (1 responsable de la mise en œuvre, 3 prestataires de soins, 3 bénéficiaires) au niveau des zones sanitaires de Cotonou VI, de Porto Novo et de Bassila, de 8 répondants (1 responsable de la mise en œuvre, 4 prestataires de soins, 3 bénéficiaires) au niveau de la zone sanitaire de Nikki et 2 répondants au niveau de la structure nationale de gestion (ANAM).

5-2-3- Recrutement

Le recrutement des répondants s'est déroulé selon les étapes suivantes.

- Nous avons dans un premier temps obtenu l'autorisation du ministère de la Santé du Bénin pour accéder aux différents sites du terrain de recherche (agence nationale de l'assurance maladie, centres de santé et hôpitaux de zone des zones sanitaires concernées)
- Ensuite, nous nous sommes introduits auprès des responsables de l'ANAM et des responsables (directeurs départementaux de la santé, médecin coordonnateur, chefs services, directeurs des hôpitaux...) des différents hôpitaux de zone et centre de santé concernés. Cette prise de contact s'est faite selon le cas en personne, par appel téléphonique, par courriel. Nous avons systématiquement mis à disposition de ces acteurs le formulaire d'information et de consentement et la grille d'entrevue pour faciliter la démarche de recrutement. Cette collaboration a facilité la sélection des informateurs clés déjà impliqués dans les activités de l'implantation.
- L'étape suivante a été de s'introduire auprès du personnel soignant (médecin, infirmier, pharmacien, etc.) exerçant dans les hôpitaux et centres de santé des zones sanitaires concernées (grâce à la collaboration des responsables des zones sanitaires), pour obtenir leur consentement. Cette prise de contact s'est également faite selon le cas en personne, par appel téléphonique ou par courriel, avec mise à disposition du formulaire d'information et de consentement et de la grille d'entrevue.
- Enfin, pour ce qui concerne la population bénéficiaire, nous avons contacté (appel téléphonique, visite en personne dans les maisons) les personnes fréquentant régulièrement les zones sanitaires concernées pour les informer et obtenir leur consentement pour leur participation à l'étude.
- Le formulaire d'information et de consentement et les grilles d'entrevues ont été remis à chaque répondant au préalable avant la programmation de l'entrevue lorsque le répondant consentait à participer à l'étude.
- Notons que le recrutement a été fait selon une approche boule de neige. En effet, les responsables de l'ANAM nous ont facilité l'accès aux responsables des formations sanitaires. Ceux-ci nous ont permis d'identifier les prestataires de soins et nous ont mis en contact avec eux. Les prestataires quant à eux, nous ont présentés aux populations

bénéficiaires du RAMU qui fréquentaient régulièrement leurs centres. Ces populations ont été identifiées en se basant selon le cas, sur les données de facturation via les comptables, la liste des indigents disponibles chez les assistants sociaux et les registres de prise en charge des patients RAMU.

Tous les 33 répondants contactés ont consenti à participer à l'étude, mais deux entrevues n'ont pas pu être réalisées faute de disponibilité des répondants (nombre final de répondants = 31).

5-3- Variables

Nous avons documenté les perceptions des différents informateurs à l'égard du processus d'implantation du RAMU et les facteurs qui influencent cette implantation. Les variables sociodémographiques ont également été mesurées auprès des différents répondants : sexe, âge, ethnie, religion, profession, revenus, niveau d'éducation, situation géographique, situation matrimoniale, passé associatif. En effet, il est dit dans la littérature que les facteurs relatifs aux caractéristiques sociodémographiques des personnes impliquées dans le processus pouvaient influencer leur adhésion au processus^{25,34,43,49,50,53}. Les variables à l'étude sont présentées au tableau X.

Tableau X : Variables à l'étude

Concepts	Variables	Informations recueillies
Contexte institutionnel et structurel, structure organisationnelle opérationnelle, taux d'adhésion au RAMU	Degré d'implantation	Processus de mise en œuvre du RAMU, structures et activités mises en place, responsables, répartitions des tâches, bénéficiaires, mécanismes de coordination des activités
Paramètres propres au RAMU	Règles internes	Montant de l'adhésion et des cotisations, périodicité des cotisations, prestations offertes

	Modalités de communication	La manière dont les bénéficiaires et/ou le personnel soignant sont informés et comprennent le RAMU
Environnement politique Contexte socioéconomique	Gouvernance, stabilité politique et capacité de l'État à mobiliser les ressources internes	Aperçu de l'état politique et financier actuel du Bénin, de la motivation des dirigeants et des dispositions prises dans le domaine de la santé
Caractéristiques propres aux responsables	Compétences de gestion	Disponibilité ou non de cadres compétents et capables de mener à bien le projet
	Qualité de la relation entre les différents responsables et coordination des activités	Dynamique interrelationnelle (conflits ou difficultés de collaboration) existante entre les responsables du projet
	Confiance des responsables dans le RAMU	Perceptions des responsables sur le RAMU (pertinence de la mise en place du programme, modalités de mise en œuvre et accords entre les différents acteurs, capacité de gestion et de mobilisation des ressources du gouvernement)
Déterminants relatifs aux prestataires de soins	Faisabilité pratique du RAMU	Perception des prestataires de soins (disponibilité des ressources nécessaires à la mise en œuvre, coordination des activités)
	Qualité de la relation entre les prestataires et les responsables et coordination des activités	Dynamique interrelationnelle (conflits ou difficultés de collaboration) existante entre les prestataires et les responsables du projet
	Confiance des prestataires de soins dans le RAMU	Perceptions des prestataires sur le RAMU (pertinence de la mise en place du programme, modalités de mise en œuvre et accords entre les différents acteurs, capacité de gestion et de mobilisation des ressources du gouvernement)
Caractéristiques des populations cibles	Qualité perçue des soins	Qualité des services couverts versus ceux qui ne le sont pas

	Confiance dans les compétences des prestataires de soins	Perception de la population sur la capacité des prestataires à prodiguer les soins de qualité
	Distance géographique	La distance entre les centres et les populations desservies
	Choix des structures de soins	La possibilité pour la population de choisir une structure de soins selon ses préférences (centres imposés ou non)
	Facteurs économiques	Capacité financière des ménages (revenu mensuel moyen, dépenses mensuelles moyennes), statut professionnel (travailleurs des secteurs informel ou agricole, élèves, étudiants...)
	Facteurs culturels	Ethnie (fon, goun, mina...), religion (catholique, musulman, animisme...), croyances culturelles (perceptions de la maladie), recours thérapeutique (recours à un centre de santé ou à un tradithérapeute) et perceptions de la santé
	Facteurs sociodémographiques	Sexe, âge, taille des ménages (nombre d'individus inclus dans le ménage), régime matrimonial (célibataire, marié, conjoint de fait, séparé, divorcé, veuf)

5-4- Technique et outils de collecte des données

Plusieurs méthodes de collecte des données ont été utilisées afin d'évaluer le degré de mise en œuvre du RAMU et de déterminer les éléments contextuels influençant son implantation (voir tableau XI). Les entrevues ont été réalisées sur le terrain en personne par l'étudiante chercheuse avec l'aide selon le cas d'un traducteur. Ces entrevues avaient en moyenne une durée approximative d'une heure. Le lieu de l'entrevue a été décidé en concertation avec les interviewés. Les entrevues étaient enregistrées avec le consentement des différents participants

(responsables de la mise en œuvre, prestataires de soins et bénéficiaires). Les outils de collecte de données ont été validés par des experts (comité éthique) avant leur utilisation. Les techniques et outils de collecte des données sont présentés au tableau XI.

Tableau XI : Techniques et outils de collecte des données

Outils	Techniques	Variables	Informations recueillies
Grille d'entrevue pour superviseur, gestionnaire (annexe 1)	Entrevues semi-structurées individuelles avec les responsables de la mise en œuvre (gestionnaires du programme, responsables administratifs), les prestataires de soins et les bénéficiaires.	Facteurs contextuels interne et externe influençant la mise en œuvre (voire variables)	Les entrevues semi-structurées individuelles ont permis de recueillir des informations relatives au point de vue des responsables, prestataires de soins et bénéficiaires, leurs réflexions, leurs expériences vécues par rapport à l'implantation du RAMU.
Grille d'entrevue pour prestataires de soins : médecin, infirmier, etc. (annexe 2)			
Grille d'entrevue individuelle pour les bénéficiaires : leaders communautaires, acteurs du secteur informel et du secteur agricole, élèves/étudiants, élus locaux, chefs religieux, etc. (annexe 3)			
Rapports des activités, rapports d'étape, registres, statistiques... (tous les documents officiels)	Dépouillement pour revue documentaire Exploitation des données administratives au niveau de l'ANAM, des zones sanitaires concernées, du Ministère de la Santé, Analyse de documents	Degré d'implantation	Informations relatives au processus d'implantation des structures, des activités mises en œuvre du RAMU Statistiques sur le nombre actuel d'adhésions.

5-5- Analyse des données

5-5-1- Analyse des données quantitatives

Une analyse descriptive des données d'implantation a été faite. Il s'agissait de décrire et de présenter les informations recueillies sous forme de texte, de tableaux, mais également sous forme de représentation graphique. Les résultats ont été regroupés de façon synthétique en vue de faciliter leur interprétation. Une classification des zones sanitaires a été faite selon les statistiques d'adhésion obtenues. Cette étape était un préalable à la structuration et à la mise en œuvre du versant qualitatif de notre travail, c'est-à-dire le choix des cas pour l'étude qualitative. De plus, une estimation du degré d'implantation a été faite en se basant sur deux facteurs : l'opérationnalité de la structure organisationnelle et le taux d'adhésion au RAMU. Il faut préciser que la structure organisationnelle fait référence à la mise en place des différentes composantes du RAMU (disponibilité des ressources) et à la réalisation effective des activités prévues (fonctionnalité du processus). Les différents critères utilisés pour estimer le degré d'implantation sont présentés au tableau XII.

Tableau XII : Critères d'estimation du degré d'implantation du RAMU

<div>Intensité du</div> <div>degré</div> <div>d'implantation</div>		Faible	Moyenne	Élevée
Facteurs				
Structure organisationnelle (Opérationnelle= intensité élevée Non opérationnelle= intensité faible ou moyenne)	Disponibilité des ressources	Moins de la moitié des ressources sont présentes : Absence de création de la moitié des structures de gestion du RAMU	La moitié ou plus des ressources sont présentes : Création de plus de la moitié des structures de gestion du RAMU Disponibilité de plus de la moitié du	Toutes les ressources sont présentes : Mise en place de toutes les structures de gestion du RAMU Personnel de gestion du RAMU qualifié

		<p>Moins de la moitié du personnel de gestion du RAMU est qualifié</p> <p>Moins de la moitié des prestataires de soins sont qualifiés</p> <p>Mobilisation insuffisante des ressources financières</p>	<p>personnel de gestion du RAMU qualifié nécessaire</p> <p>Disponibilité de plus de la moitié des prestataires de soins qualifiés nécessaires</p> <p>Mobilisation de plus de la moitié des ressources financières</p>	<p>disponible et en nombre suffisant</p> <p>Prestataires de soins qualifiés disponibles et en nombre suffisant</p> <p>Mobilisation suffisante des ressources financières</p>
	Fonctionnalité du processus	<p>Réalisation de moins de la moitié des activités prévues :</p> <p>Absence ou sensibilisation inadéquate de la population cible</p> <p>Absence ou formation insuffisante des prestataires de soins</p> <p>Absence de prise en charge des assurés</p> <p>Absence de remboursement des formations sanitaires</p>	<p>Réalisation de plus de la moitié des activités prévues :</p> <p>Sensibilisation inadéquate de la population cible</p> <p>Formation insuffisante des prestataires de soins</p> <p>Prise en charge insuffisante et/ou inadéquate des assurés</p> <p>Retard dans le remboursement des formations sanitaires</p>	<p>Réalisation de toutes les principales activités :</p> <p>Sensibilisation suffisante et adéquate de la population cible</p> <p>Formation suffisante des prestataires de soins</p> <p>Prise en charge suffisante et adéquate des assurés</p> <p>Remboursement dans les délais des formations sanitaires</p>
Taux d'adhésion		Atteinte de moins de la moitié de l'objectif	Atteinte de la moitié et plus de l'objectif statistique	Atteinte de l'objectif statistique

	statistique d'adhésion par le projet pilote	d'adhésion par le projet pilote	d'adhésion par le projet pilote
--	--	------------------------------------	------------------------------------

5-5-2- Analyse des données qualitatives

5-5-2-1- préparation et description du matériel brut

Les données collectées ont été transcrites avec les logiciels EXCEL et WORD. Ceci a permis de créer une base de données ordonnée. Il s'agissait de classer les données selon la description des participants, les catégories auxquelles ils appartiennent (gestionnaire, superviseur, prestataires de soins et bénéficiaires). Nous avons procédé à la transcription intégrale de toutes les entrevues et à la saisie informatique de toutes ces données sous forme de verbatim. Notons qu'une relecture a été faite pour s'assurer de la conformité des informations transcrites et rester fidèle aux propos des répondants. De plus, la source de chaque document a été identifiée pour faciliter le repérage des données (numéro, sigle). Cette mise en forme a nécessité un travail de mise en page et un travail minutieux d'organisation des documents avant d'entreprendre l'analyse du contenu, ceci ayant pour objectif de faciliter le repérage des données.

5-5-2-2- condensation des données

Les données qualitatives étant volumineuses, il s'agissait de les réduire en faisant ressortir les thèmes pertinents en regard de nos objectifs de recherche. Ceci s'est fait en faisant plusieurs lectures des données recueillies. Ces lectures nous ont permis d'avoir une idée du sens général qui ressortait des données recueillies. Dans un premier temps, les données ont été classées selon les variables à l'étude et les thèmes retrouvés (figurant dans la littérature ou émergents). Ensuite nous avons effectué un codage des données selon les thèmes prédéfinis dans le modèle théorique et les thèmes émergents des données recueillies. Les codes ont été regroupés sous deux catégories essentiellement : les obstacles et facteurs facilitant l'implantation. Pour chaque catégorie, des sous-codes ont été définis et regroupés.

5-5-2-3- choix et application des modes d'analyse

Une analyse du contenu des données recueillies lors des entrevues a été faite. Pour ce faire, nous avons combiné deux logiques d'analyse : déductive et inductive. Pour ce qui concerne la logique

déductive, nous nous sommes basés sur les facteurs influençant le processus d'implantation du RAMU émanant de notre modèle théorique. Cette logique déductive consistait à mettre en place au préalable un plan général de codage. Ensuite la logique inductive s'intéressait aux thèmes émergents des données recueillies qui ont été ajoutés au cadre général préétabli. Dans un premier temps, l'analyse des données a été faite de façon verticale c'est-à-dire document par document. Une analyse transversale a également été faite pour comparer les différents documents et mettre en évidence les thèmes convergents ou divergents, selon les cas étudiés et de façon globale. Ce travail de synthèse et d'analyse a été fait manuellement par l'étudiante chercheuse.

5-6- Validité et fiabilité

- Crédibilité : il pourrait se poser des questions sur la crédibilité des informations recueillies étant donné qu'une triangulation n'a pas pu être faite, c'est-à-dire qu'une seule méthode de collecte des données a été utilisée (entrevues individuelles). Il aurait été pertinent de réaliser des entrevues de groupe et/ou des observations dans le cadre de cette étude. Mais il s'est posé la question de la faisabilité réelle parce que l'étude aurait été d'une trop grande envergure pour un mémoire de maîtrise (limite de temps, manque de moyens financiers). Néanmoins, nous pensons que la présence de sources d'information diversifiées (cas multiples, superviseur, prestataires et bénéficiaires) a permis en quelque sorte d'avoir une « triangulation » ou une certaine confiance en la véracité des données, dans la mesure où les thèmes se répétaient, quelle que soit la catégorie à laquelle le répondant appartenait et le cas étudié. Il faut préciser que les résultats obtenus et interprétés ont été soumis aux répondants (un répondant par catégorie et par cas) pour en vérifier la conformité avec leurs dires.
- Transférabilité : notre étude a particulièrement tenu compte du contexte spécifique béninois. Une bonne représentativité du processus d'implantation a été faite en étudiant 4 cas sur les 6 cas qui ont fait l'objet de l'implantation. En effet, notre échantillonnage de type raisonné avec variation maximale a permis d'avoir une certaine confiance en la pertinence et la représentativité des données recueillies. Un effort a été fait pour recruter des répondants avec des profils diversifiés (rôle dans le processus, situation géographique, zone urbaine ou rurale, etc.). Un minimum de 30 entrevues individuelles a été réalisé. Étant

donné qu'il s'agissait d'une étude de cas multiples, au moins 4 cas ont été étudiés. Ces cas ont été choisis selon les critères spécifiques précités de façon à tenir compte des éléments contextuels principaux. Ainsi plusieurs cas ont été utilisés et dans chaque cas, plusieurs détenteurs d'enjeux ont été interviewés. Ceci a permis d'accroître la robustesse de l'étude. On peut alors conclure que les résultats de cette étude sont pertinents et peuvent être utilisés dans le contexte général du Bénin. Par contre, il pourrait se poser la question de la généralisation de ces résultats à d'autres contextes que béninois.

- Fiabilité, consistance, imputabilité procédurale : les données ont été recueillies jusqu'à saturation et elles ont été analysées dans leur globalité. De plus, la démarche méthodologique clairement énoncée a été rigoureusement suivie. Ainsi il est fort probable que cette étude produise les mêmes résultats si elle est reconduite conformément à la méthodologie adoptée.
- Confirmabilité, neutralité : il existe un biais que l'étudiante chercheuse interprète les résultats selon ses propres perceptions et non celles correspondant réellement aux répondants. Ce biais dans le cas de notre étude intervient à plusieurs niveaux : la transcription intégrale des données par l'étudiante chercheuse, le codage manuel des thèmes par l'étudiante chercheuse et l'interprétation des résultats. Ainsi ces situations sollicitent fortement la subjectivité du chercheur. Il s'agit du biais associé aux attentes du chercheur. Pour contrôler ce biais, l'étudiante chercheuse, dans une optique d'auto critique, a tenu un journal réflexif pour différencier ses perceptions des dires réels des répondants. Il a également été mis à la disposition de quelques répondants les données recueillies pour s'assurer de leur conformité avec les perceptions de ceux-ci et éviter ainsi la contamination des données par les perceptions du chercheur.
- Désirabilité : il pourrait exister également un biais de désirabilité sociale en ce sens que certains répondants auraient pu être réticents à fournir à l'étudiante chercheuse des informations délicates. Par exemple, l'étudiante chercheuse étant médecin de profession, certains répondants (population bénéficiaire) auraient pu avoir une gêne à se plaindre des prestations offertes (prestations de mauvaise qualité). Aussi, étant donné qu'une approche boule de neige a été utilisée pour le recrutement des répondants en général, les répondants (responsables des zones sanitaires, prestataires de soins) auraient pu conclure que l'étudiante chercheuse était en réalité une envoyée de responsables des zones sanitaires, de

l'ANAM ou du ministère de santé selon le cas. Ils se verraient alors obliger de modérer leurs propos de peur de représailles. Ainsi pour plaire au chercheur ou aux structures qu'il semble représenter, certains répondants auraient pu taire leurs perceptions réelles. Pour minimiser ce biais, au premier abord l'étudiante chercheuse s'est présentée comme réalisant une étude indépendamment de toute structure locale et dans un but purement formatif (en vue d'améliorer la situation actuelle et non pour sanctionner). Elle a donc fortement insisté sur la nécessité de fournir des informations réelles. Les critères de confidentialité, le caractère purement volontaire de la participation et les modalités de retrait ont été clairement énoncés aux répondants. Ceux qui avaient la volonté de participer à l'étude avaient la responsabilité de fournir des informations véridiques et témoignant de leurs réelles perceptions vis-à-vis du processus. Les résultats obtenus étant assez critiques et similaires selon les catégories et les cas, nous pouvons conclure que ce biais a été contrôlé de façon satisfaisante.

5-7- Considérations éthiques

Nous avons obtenu dans le cadre de cette étude le certificat d'éthique du CERES (annexe 4). Une lettre d'autorisation à effectuer l'étude du ministère de la Santé du Bénin a également été reçue (annexe 5). Un formulaire d'information et de consentement pour les participants (annexe 6) a été mis à la disposition des répondants. Il s'agissait pour nous de nous engager envers le répondant à respecter la confidentialité des informations fournies et d'obtenir son consentement libre et éclairé pour sa participation à l'étude. Les objectifs et procédures de l'étude ont été clairement expliqués en précisant aux répondants qu'ils étaient libres de se retirer à tout moment sans préjudice. Ils ont également été informés des risques et avantages potentiels liés à leur participation à l'étude. Pour ce qui concerne les répondants ne s'exprimant pas en français, nous avons bénéficié de l'aide de traducteur (dans les cas où l'étudiante chercheuse ne maîtrise pas le dialecte parlé par le répondant). Le traducteur, sous la supervision de l'étudiante chercheuse, a traduit en langue locale les fiches de consentement et en cas d'approbation de la part des répondants a aidé l'étudiante chercheuse à recueillir les informations. Toutes les fiches de consentement ont été expliquées oralement par l'étudiante chercheuse ou le traducteur. Notons que l'approbation s'est traduite par une signature de la fiche de consentement par les répondants, quel que soit leur niveau de littératie. Pour les répondants ayant eu besoin d'une

traduction de la fiche d'information et de consentement, les signatures conjointes de ces répondants et des traducteurs ont été apposées. Une mention « croix » (X) a été suffisante pour la population analphabète pour signaler une approbation. Ceci a permis de s'assurer que les fiches ont été bien traduites aux répondants et que ceux-ci avaient effectivement donné leur approbation libre et éclairée. Un consentement verbal n'était donc pas nécessaire dans ce cas.

Les modalités relatives à l'anonymat et à la confidentialité sont les suivantes :

- Aucun nom n'a été mentionné dans les informations recueillies,
- Attribution de numéro aux participants.
- Les informations recueillies sont à la disposition exclusive des chercheurs,
- La base de données (format électronique, audio et papier) sera conservée dans un environnement sécuritaire (sous clé) pendant trois ans : les données informatisées et le matériel audio seront conservés sur un support informatique personnel de l'étudiante chercheuse et les données sous format papier seront conservées dans des classeurs auxquels seule l'étudiante chercheuse aura accès. Ces données seront conservées à Montréal (Canada).
- Les données recueillies seront conservées pendant sept ans après la fin de l'étude conformément aux exigences éthiques.

6- RÉSULTATS

Nous avons utilisé diverses sources de données pour obtenir nos résultats. Nous avons réalisé en premier lieu une analyse de registres, de rapports, de statistiques et de divers documents pour identifier le contexte de l'étude et estimer le degré d'implantation du RAMU. Cette revue documentaire a également été utile pour la sélection des cas à l'étude. Ensuite, en vue de mettre en évidence les facteurs influençant l'implantation du RAMU, outre la revue documentaire, nous avons effectué 31 entrevues. Il s'agissait de sept (7) entrevues dans chaque zone sanitaire (Cotonou VI, Porto Novo, Bassila), sauf la zone sanitaire de Nikki où huit (8) entrevues ont été réalisées. Deux (2) entrevues au niveau national ont également été faites. Différents détenteurs d'enjeux ont été interviewés : les responsables de la mise en œuvre (02 au niveau national et 04 au niveau intermédiaire), les prestataires de soins (13) et la population cible (12). Par cas (zone sanitaire) les détenteurs d'enjeux étaient répartis comme suit : 01 responsable de la mise en œuvre, 03 ou 04 prestataires de soins et 03 bénéficiaires.

Tous les responsables interviewés étaient de sexe masculin. Il y avait 05 médecins et 01 juriste. Leurs âges variaient de 46 à 54 ans. Les ethnies suivantes étaient représentées : goun, ouémé, otammarie, fon, nago et aizo. Il s'agissait pour la plupart de chrétiens catholiques (04) avec 01 protestant méthodiste et 01 laïque.

Pour ce qui concerne les prestataires de soins, nous avons interviewé : 04 médecins, 01 sage femme, 05 infirmiers, 01 technicienne de l'action sociale, 01 commis de pharmacie et 01 gestionnaire des ressources financières. Il y avait une prédominance masculine avec 09 hommes et 04 femmes. Les appartenances ethniques étaient aussi variées : 02 fon, 02 nago, 02 aizo, 02 dendi, 02 bariba, 01 goun, 01 wla et 01 tori. L'âge variait de 32 à 61 ans. Nous avons 06 catholiques, 05 musulmans, 01 chrétien céleste et 01 couventiste.

Quant aux bénéficiaires désignés de la mise en œuvre, la prédominance était également masculine avec 07 hommes et 05 femmes. L'âge variait de 25 à 50 ans. Les origines ethniques de ces participants étaient les suivantes : 02 bariba, 01 yome, 01 cotocoli, 01 dassa, 01 nago, 02 goun, 01 wla, 01 fon, 01 watchi et 01 collines. Comme aspirations religieuses nous avons : 05 chrétiens catholiques, 02 chrétiens évangéliques, 01 chrétien méthodiste, 01 chrétien de la

renaissance, 02 musulmans et 01 membre de l'église catholique de Jésus-Christ « gbanamè ». Les professions étaient variées : 01 étudiant, 01 enseignant vacataire, 03 commerçantes, 01 entrepreneur agricole, 01 agriculteur syndicaliste, 01 ménagère, 01 couturière, 01 géomètre, 01 pasteur et 01 préposé du service administratif à la mairie.

Pour souligner la diversité des perceptions recueillies, les différents participants ont été identifiés dans ce chapitre par des lettres selon le cas étudié et selon le type de détenteur d'enjeu. Ainsi, les participants de la zone sanitaire Cotonou VI sont identifiés par (AL), ceux de Porto Novo par (OP), ceux de Bassila par (AD) et enfin ceux de Nikki par (AB). Les participants du niveau national sont identifiés par la lettre (N). Pour ce qui concerne les détenteurs d'enjeux, les responsables de la mise en œuvre sont identifiés par (G), les prestataires de soins par (P) et la population cible par (B). Par exemple un responsable de la mise en œuvre au niveau national est identifié comme (G1N) ou (G2N) selon le nombre de responsables interviewés. Un prestataire de soins dans la zone sanitaire de Porto Novo est identifié par (P1OP).

Dans ce chapitre, il s'agira pour nous de répondre à nos objectifs spécifiques, ceci en vue d'atteindre notre objectif général qui est d'analyser l'implantation du RAMU au Bénin et faire des recommandations pour une implantation réussie. Nos objectifs spécifiques étant : de déterminer le contexte d'implantation du RAMU, d'estimer le degré d'implantation actuel du RAMU et enfin d'identifier les facteurs contextuels influençant (obstacles, facteurs facilitants) l'implantation du RAMU.

6-1- Contexte d'implantation du RAMU

6-1-1- Description générale et démographie du Bénin

La République du Bénin est un pays de l'Afrique de l'Ouest qui s'étend entre le Niger au Nord et l'Océan Atlantique au Sud. Il est limité au Nord-ouest par le Burkina Faso, à l'Ouest par le Togo et à l'Est par le Nigeria. Sa superficie est de 114 763 Km² avec une population estimée à 8 364 942 habitants en 2008⁶⁹ dont 51,27 % est féminine et 10 879 829 millions d'habitants en 2015⁷⁰. La population des enfants de moins de 5 ans est estimée à 2 617 408 soit 31,29 %⁶⁹ de la population totale. Environ 61 % de la population vit en zone rurale⁶⁹. Le Bénin est subdivisé en 6 Départements (12 départements regroupés en 6), 77 Communes, 546 Arrondissements et

3557 Villages ou Quartiers de Ville ⁶⁹. La densité est de 96,5 habitants par kilomètre carré⁷⁰. L'espérance de vie est estimée à 59,5 ans⁷⁰. La figure 6 présente une vue géographique du Bénin avec les douze départements.



Figure 6 : Carte du Bénin avec représentation des douze départements

6-1-2- Contexte politique

Le Bénin est cité parmi les pays les meilleurs en termes de démocratie en Afrique⁷¹. En effet le plateau politique a été marqué depuis 1990, à la suite de la conférence nationale, par une stabilité exemplaire. Cette conférence regroupant les grands acteurs de la sphère politique signifiait la volonté du peuple béninois à adopter la démocratie. Depuis lors, six élections présidentielles ont été tenues avec une transition pacifique du pouvoir lorsque nécessaire. Ainsi, le Bénin n'a traversé aucune crise politique majeure depuis son entrée dans l'ère démocratique. Cependant,

force est de constater que la jeune démocratie a frôlé de peu la catastrophe. En effet, en 2012, il existait de fortes tensions politiques. Le président d'alors, Docteur Boni Yayi, à son deuxième mandat, était accusé d'autoritarisme⁷². Les acteurs de l'opposition s'érigaient contre sa façon de diriger. La plus grande polémique de l'époque était la proposition de révision de la constitution faite par le président Yayi Boni. Le contre-pouvoir s'y est opposé de façon virulente, accusant le président de vouloir briguer un troisième mandat. Il s'en est suivi un climat conflictuel entre les acteurs de la sphère politique menaçant la stabilité du pays. Cette situation, associée aux promesses électorales non réalisées s'est soldée par une perte considérable de la popularité du président Boni Yayi et de son parti politique. La sortie de crise a été marquée par l'écrasante victoire de l'homme d'affaires, Patrice Talon, aux élections présidentielles de 2016. En effet, le président Patrice Talon a remporté les élections avec 65,39 % des voix⁷³. Cette situation témoignait de la volonté de peuple béninois à enclencher le processus de rupture avec l'ancien pouvoir en place. L'ère « Talon » s'annonçait pleines de promesses (création d'emplois, développement des infrastructures, réduction de la pauvreté, renforcement des services sociaux de base et protection sociale...) ⁷⁴ et le peuple béninois était prêt à accompagner le nouveau gouvernement en place dans le processus de développement.

6-1-3- Contexte socioéconomique

Le Bénin est classé parmi les pays les moins avancés et pauvres. Le taux de pauvreté national est passé de 36,5 % en 2006 à 40,1 % en 2015⁷⁵. Il se retrouve avec un indice de développement humain au 166^e rang sur 188 en 2015 selon le rapport du PNUD⁷⁶. Le PIB étant de 8 290 milliards de dollars et le PIB par habitant de 779,1 \$ en 2015⁷⁷, avec une baisse du taux de croissance à 5 % en 2015 comparativement à 6,5 en 2014⁷⁵. Cette situation s'explique de diverses manières. En 2014, le PIB était réparti selon les différents secteurs comme suit : secteur primaire (23,5 % du PIB dont 43,7 % d'exportations cotonnières), secteur secondaire (23,2 % du PIB représenté par l'agroalimentaire et la cimenterie), secteur tertiaire (53,4 % du PIB constitué essentiellement de l'activité portuaire) ⁷⁶. Ainsi l'économie béninoise est essentiellement monopolisée par l'activité portuaire et l'exportation du coton. Elle subit donc les conséquences indirectes de la crise nigériane. En effet, la majorité des importations béninoises, soit 80 % sont convoyés au Nigéria via le commerce transfrontalier informel⁷⁵. La

situation économique béninoise est alors fortement influencée par les politiques nigérianes concernant leur économie et la chute de leur monnaie, le Naira. De plus, il est observé une baisse significative de la production et de l'exportation du coton^{75, 76}. Par conséquent, le Bénin vit actuellement une situation de crise économique.

6-1-4- Contexte culturel

Le Bénin se définit comme un pays laïc, où différentes religions sont pratiquées et les croyances des uns et des autres respectées. La population béninoise est composée de nombreux groupes ethniques vivant en parfaite harmonie. La langue officielle est le français⁷⁸. Le christianisme est la religion la plus pratiquée suivie par l'islam et l'animisme (vaudou)⁷⁸. Les croyances traditionnelles sont très profondes et ancrées dans la culture béninoise.

6-1-5- Contexte social

Les différents mécanismes sociaux en place au Bénin sont présentés au tableau XIII.

Tableau XIII : Mécanismes sociaux en place et groupes sociaux concernés

Catégories sociales		Mécanisme de couverture en vigueur	Types de régime
Secteur formel	Les employés du secteur public (autres que ceux des collectivités locales) et les personnes à leur charge	Régime des 4/5ème des agents de l'État FNRR (477 277 assurés en 2009, soit 6 % de la population) ²⁴	Assurance publique
	Les employés et employeurs du secteur privé formel et du parapublic y compris les collectivités locales	CNSS (207 058 assurés en 2008, soit 4 % de la population) ²⁴ Compagnies d'assurance privée (75 000 assurés, <1 % de la population) ²⁴	Caisse publique Assurance privée
Secteur informel	Les travailleurs, employés et employeurs du secteur privé informel	Mutuelles de Sécurité Sociale (12 000 assurés en 2009) ²⁴ , Mutuelles corporatistes	Assurance communautaire

	Les acteurs du monde rural	Mutuelles de santé	Assurance communautaire
	Les commerçants non déclarés	Mutuelles corporatistes	
	Les artisans	Mutuelles corporatistes	
	Les sans-emploi et personnes au chômage	Néant	Néant
Les Groupes vulnérables	Les Indigents	Fond Sanitaire des Indigents (FSI)	Assistance sanitaire
	Femmes à césariser	Fonds de Gratuité de la Césarienne (FGC)	Assistance sanitaire
	Femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans	Non encore opérationnel	Assistance sanitaire
	Les personnes âgées	FPA	Assistance sanitaire
	Les personnes en détresse vitale reçues en urgence	F DV	Assistance sanitaire

N. B. Les autres mutuelles (autre que la MSS) ne couvraient que 2 % de la population au début des années 2000²⁴. Moins de 10 % de la population béninoise bénéficiait d'une mesure de sécurité sociale vers la fin des années 2000²⁴.

6-1-6- Système sanitaire béninois

Le système national de santé a une structure pyramidale calquée sur le découpage territorial. Il comprend trois niveaux⁷⁹ :

- Le niveau central ou national, comprenant les structures centrales du ministère de la Santé et les établissements hospitaliers de troisième référence et/ou spécialisés ;
- Le niveau intermédiaire ou départemental, comprenant les six (06) Directions Départementales de la Santé (DDS) et une série d'établissements hospitaliers de deuxième référence et/ou spécialisé ainsi que les Centres d'Information, de Prospective, d'Écoute et de Conseil. Les DDS assurent la mise en œuvre, la planification et la coordination des projets et programmes de santé définis par le gouvernement.
- Le niveau périphérique, comprenant 34 districts appelés Zones Sanitaires (ZS), les Hôpitaux de Zone, les Centres de Santé, les Centres d'Action de la Solidarité et d'Évolution de la Santé, les Centres de Détection de la Tuberculose et les Unités

Villageoises de Santé et un hôpital de première référence public ou privé. Dans le système sanitaire béninois, la zone sanitaire constitue la structure opérationnelle la plus décentralisée. Outre ces structures publiques, il existe une multitude de structures privées (hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux et d'accouchement, cabinets de soins infirmiers...) et des structures de médecine traditionnelle.

6-2- États des lieux du RAMU

6-2-1- Statistiques d'adhésion⁸⁰

Le nombre d'affiliés total s'élève à 48 817 d'avril 2012 à décembre 2015. Les statistiques concernant la répartition de ce taux par zones pilotes n'ont pas pu être fournies par l'ANAM. Une estimation comparative des taux d'adhésion a été faite par les responsables de l'ANAM selon la situation géographique des zones pilotes. Par exemple au sud, la zone sanitaire Cotonou VI a eu un meilleur taux d'adhésion que la zone sanitaire de Porto-Novo. Au centre, la zone sanitaire Covè a eu un plus fort taux d'adhésion que la zone sanitaire de Comè. Au nord, il y a eu un plus fort taux d'adhésion au RAMU dans la zone sanitaire de Nikki que dans celle de Bassila. Ainsi, nous avons :

- Zone sanitaire Cotonou VI (Atlantique/Littoral) : plus fort taux d'adhésion au sud
- Zone sanitaire Porto-Novo (Ouémé/Plateau) : plus faible taux d'adhésion au sud
- Zone sanitaire Comè (Mono/Couffo) : plus faible taux d'adhésion au centre
- Zone sanitaire Covè (Zou/Collines) : plus fort taux d'adhésion au centre
- Zone sanitaire Bassila (Atacora/Donga) : plus faible taux d'adhésion au nord
- Zone sanitaire Nikki (Alibori/Borgou) : plus fort taux d'adhésion au nord.

Selon la population ciblée pour cette première étape de la mise en œuvre, la répartition se fait comme suit :

- Acteurs des secteurs informel et agricole : 32 354
- Indigents : 11 293
- Dockers : 5170

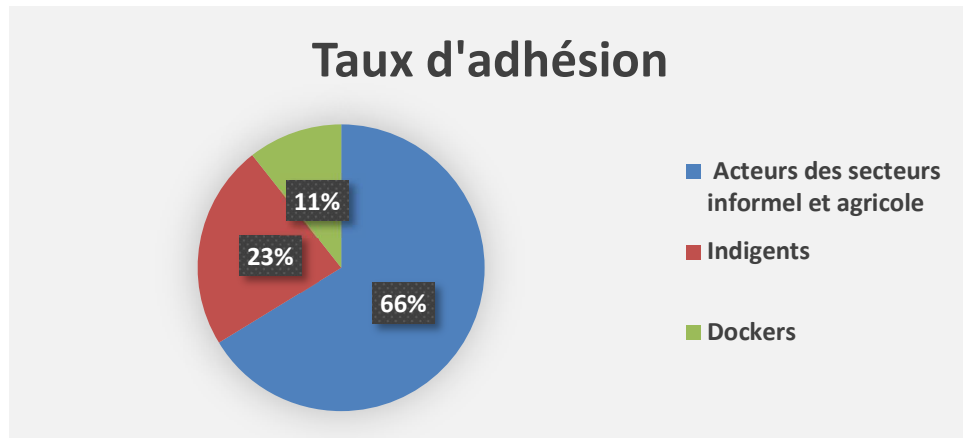


Figure 7 : Taux d'adhésion au RAMU dans les six zones pilotes selon la population cible

6-2-2- Structures mises en place

Il était prévu de mettre en place l'agence nationale de l'assurance maladie ANAM, le conseil d'administration, les antennes départementales et de zone de l'ANAM et le comité de pilotage (niveaux national, départemental, communal, arrondissement). En pratique, l'ANAM a été créée le 08 mai 2012 par décret n° 2011-089. Actuellement toutes les directions de l'ANAM sont opérationnelles. Par contre, les agences décentralisées (départementales, communales, etc.) n'ont pas encore été créées. Le conseil d'administration n'existe pas à ce jour. Les comités de pilotage au niveau départemental ont été créés, mais ne sont pas fonctionnels. Ainsi, l'ANAM est la seule structure de gestion mise en place et fonctionnelle.

6-2-3- Processus de mise en œuvre du RAMU

Il était prévu de mettre en œuvre le RAMU selon trois phases. Il s'agit de la phase préparatoire suivie de la phase de mise en œuvre et la phase de sensibilisation. La phase de mise en œuvre était scindée en deux phases : la phase pilote et la phase de dynamisation, d'extension et de consolidation.

6-2-3-1- Phase préparatoire^{15,18}

Il s'agissait de faire l'état des lieux, de définir les principes de base, les orientations stratégiques et les paramètres techniques du RAMU. Il s'agissait également de déterminer les paramètres économiques et financiers. Plusieurs études, groupes thématiques et ateliers stratégiques ont été

réalisés à cet effet. Notons que les acteurs s'étaient inspirés des expériences des autres pays africains. Les différents partenaires techniques et financiers (Bureau International du Travail, Coopération Française, Organisation Mondiale de la Santé, Coopération Suisse et Banque Mondiale) sont intervenus à divers niveaux. Cette phase a démarré par la mise en place d'un comité technique interministériel sur le RAMU (CTI/RAMU) le 21 mai 2008. Elle a duré environ quatre années (2008-2011), au cours desquelles, plusieurs ateliers et études ont été réalisés. La structure organisationnelle du régime a été définie, de même que les différents acteurs impliqués, le paquet de services à fournir et les ressources aussi bien financières, matérielles, qu'humaines à mobiliser. Au total, les modalités du RAMU et le plan de mise en œuvre ont été déterminés. Le consensus obtenu a été consigné dans un rapport d'étape. Le 28 septembre 2011, le rapport d'étape a été adopté au conseil des ministres. Ceci a constitué le socle du lancement officiel du RAMU le 19 décembre 2011, marquant ainsi le démarrage de la phase de mise en œuvre. En janvier 2012, l'élaboration des DRAFTS des outils de mise en œuvre du RAMU a été faite. Notons que certaines activités de la phase préparatoire ont été poursuivies au cours de la phase de mise en œuvre.

6-2-3-2- Phase de mise en œuvre^{15,18}

Il était prévu au cours de la phase de mise en œuvre de mettre en place le cadre juridique (législatif et réglementaire) et les organes de gestion, d'exécution et de coordination du processus. Il s'agissait également de lancer le processus dans des zones pilotes dans un premier temps puis de procéder à l'extension progressive du mécanisme sur toute l'étendue du territoire.

La phase de mise en œuvre a débuté par le lancement officiel du RAMU le 19 décembre 2011. Elle a consisté en la détermination des outils de mise en œuvre : outils d'affiliation (carte de membre), outils de prise en charge des malades, outils de contrôle et de remboursement des prestations et outils de rapportage (rapports). La mise en place des organes de gestion du RAMU a également été faite (ANAM en 2012). Les conventions entre l'ANAM et les organismes agréés ont été signées le 18 mars 2013. La mise en œuvre a été faite dans six zones sanitaires pilotes, chaque zone sanitaire correspondant à un département (selon l'ancien découpage territorial). Les centres retenus pour la phase pilote ont été choisis sur la base de plusieurs critères, parmi lesquelles l'existence du plateau technique suffisant pour prendre en charge efficacement les

assurés du RAMU. Ce processus de mise en œuvre pilote a concerné exclusivement les groupes sociaux de la première étape (les indigents, les acteurs du secteur informel, les acteurs du secteur agricole, les artistes, les conducteurs de taxi moto, les dockers et les manutentionnaires). Les deuxième et troisième étapes n'ont pas été expérimentées. La phase pilote a débuté théoriquement le 21 juin 2013 à Nikki par la délivrance des premières cartes de membres (remise aux adhérents mutualistes de Nikki) et a pris fin en décembre 2015.

Le retard dans l'adoption de la loi (près de 3 ans), la non-crédation du conseil d'administration et l'indisponibilité des ressources innovantes prévues au budget général de l'État pour l'ANAM ont contribué dans une large mesure au ralentissement du processus de mise en œuvre du RAMU. Notons que la loi n° 2015-042 permettant de légiférer le régime d'assurance maladie universelle (RAMU) a été votée le 28 décembre 2015 par l'Assemblée nationale. La conformité constitutionnelle de la loi a été déclarée le 28 janvier 2016 et la loi a été promulguée le 7 mars 2016 par le chef de l'État. La phase de dynamisation, d'extension et de consolidation devait démarrer avec la promulgation de la loi en mars 2016, mais cela n'a pas été le cas. En effet, le changement de gouvernement en avril 2016 a ralenti les activités. Le nouveau pouvoir en place ayant notifié sa volonté d'apporter des améliorations majeures au concept du RAMU et les modalités de sa mise en œuvre. Les activités liées à la mise en œuvre effective ont donc été suspendues en attendant les nouvelles améliorations et recommandations. Notons qu'aucune date butoir n'a été donnée pour ce qui concerne la reprise de la mise en œuvre.

6-2-3-3- Phase de sensibilisation¹⁸

La phase de sensibilisation était transversale aux autres phases (phase préparatoire, phase de mise en œuvre) et s'étendait donc sur toute la durée du processus. Il s'agissait de réaliser des consultations nationales, des séances d'information et d'échanges avec tous les acteurs du système de santé. Ceci devait être fait en collaboration avec les différentes parties prenantes : pouvoirs publics (État central et collectivités locales), partenaires Techniques et Financiers (bilatéraux et multilatéraux), employeurs et opérateurs économiques, groupements agricoles, coopératives et associations de producteurs, organisations de la société civile (ONG, syndicats, associations professionnelles), prestataires de soins (publics et privés), institutions de formation et de recherche en santé, organismes de gestion des risques et de remboursement des prestations

(mutuelles de santé, compagnies d'assurances...) et consommateurs de soins (toutes catégories sociales confondues). En pratique, divers mécanismes de communication ont été utilisés pour atteindre les différents acteurs concernés par la mise en œuvre. Il s'agit par exemple de campagnes de sensibilisation nationales pour informer et sensibiliser la population et des formations des prestataires de soins.

6-2-4- Activités réalisées^{15,18,80}

Les activités réalisées dans le cadre du RAMU sont présentées au tableau XIV.

Tableau XIV : Activités réalisées dans le cadre de la mise en œuvre du RAMU

Phase	Activités	
Phase de mise en œuvre	Élaboration et validation des différents outils de mise en œuvre du RAMU	
	Participation à l'élaboration de la stratégie nationale de financement pour la couverture maladie universelle	
	Signature des conventions entre l'ANAM et les organismes agréés depuis mars 2013	Conventions avec les fournisseurs de soins publics du premier niveau de la pyramide sanitaire
		Échange avec les fournisseurs de soins privés, confessionnels
	Définition des modalités de partenariat avec les mutuelles de santé, les organisations de la société civile et les sociétés privées d'assurance	
	Échanges avec les acteurs concernés (organisations mutualistes, prestataires de soins et dispensateurs de médicaments, organisations syndicales, organisations de la société civile, élus locaux, partenaires techniques et financiers)	
	Élaboration du guide de remplissage des outils	
	Formation des prestataires de soins	
	Prise en charge sanitaire des assurés	
	Remboursement des prestations	
	Autoévaluation et amélioration de la stratégie d'affiliation adoptée pour les acteurs du secteur informel et agricole	
	Élaboration des stratégies d'affiliation des acteurs des secteurs publics et privés formels	

	Renforcement de l'équipe de mise en œuvre (toutes les directions fonctionnelles)
	Actualisation de l'ordinogramme des soins et de la liste des médicaments remboursables par le RAMU
	Élaboration du plan stratégique de développement du RAMU pour la période 2016-2020 (finalisation)
	Promulgation de la loi portant institution d'un régime d'assurance maladie universelle au Bénin le 7 mars 2016
	Préparation des projets de textes d'application de la loi par l'ANAM
Phase de sensibilisation	Sensibilisation des relais communautaires, des élus locaux, des prestataires de soins, des acteurs des centres de promotion sociale
	Campagnes d'affiliation sur le territoire (campagnes de sensibilisation nationale, de promotion jusqu'en 2014)
	Collecte de données personnelles
	Campagnes de distribution de cartes (premières cartes distribuées le 21 juin 2013)

6-2-5- Après la suspension de la mise en œuvre

6-2-5-1- Activités en cours

La loi portant institution du RAMU a été promulguée en mars 2016, après l'arrêt de la phase pilote en décembre 2015. Depuis, le processus de mise en œuvre est suspendu en attendant les améliorations prévues par le nouveau gouvernement en place. Notons que diverses activités sont en cours : identification active des indigents (méthode unique d'identification des ménages pauvres), avec environ 10 000 indigents identifiés en septembre 2016, sensibilisation, édition et distribution des cartes RAMU aux indigents identifiés avec extension progressive dans toutes les zones sanitaires et communes, formation des prestataires de soins. Ces activités sont réalisées dans le cadre de la collaboration de l'ANAM avec les responsables du Programme de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS).

Cas d'une campagne de sensibilisation et d' enrôlement à Lokossa (novembre 2016)

Au cours de notre enquête sur le terrain nous avons eu l'occasion de participer à une campagne de sensibilisation et d' enrôlement. Ainsi, nous avons pu enrichir nos données par une observation sur le terrain du déroulement de la mise en œuvre.

Les objectifs visés par cette campagne étaient les suivants :

- Sensibiliser les adhérents pour qu'ils récupèrent leur carte RAMU
- Sensibiliser les assurés pour qu'ils aillent aux soins
- Sensibiliser la population sur le RAMU
- Enrôler les adhérents.

En effet, il a été constaté que la population n'était pas informée de la disponibilité des cartes. Les adhérents ne venaient pas récupérer leurs cartes. De plus, certaines personnes bien que disposant des cartes n'avaient pas recours aux soins. Ainsi ils ne comprenaient pas le mode d'utilisation des cartes. Il s'agissait également d'informer le reste de la population sur le RAMU et de la sensibiliser pour qu'elle adhère au RAMU. Notons que le principal objectif de cette campagne était d'identifier les indigents et de les enrôler. En effet, la campagne actuelle a été financée par la banque mondiale dans le cadre du Programme de Renforcement de la Performance du Système de Santé (PRPSS) visant une identification active des indigents et l'ANAM a été chargé de l'opérationnalisation du dit programme. Les agents de l'ANAM ont saisi l'occasion pour procéder à la sensibilisation et à l' enrôlement de la population (surtout les indigents) sur le RAMU.

En pratique, mis à part la sensibilisation, il s'agissait de sélectionner ceux qui constituaient la cible (les indigents exclusivement pour cette campagne) et de procéder à l'inscription (prise des noms pour faire ultérieurement des photos). Les images 1 et 2 présentent respectivement les cartes RAMU à distribuer au cours de la campagne et la vue de la séance de sensibilisation et d'identification des indigents.



Image 1 : Cartes RAMU à distribuer



Image 2 : Séance de sensibilisation et d'identification des indigents à Lokossa

Les observations suivantes ont été faites au cours de la séance :

- La stagnation des cartes : ils ne viennent pas récupérer leurs cartes.
- La liste des bénéficiaires n'est pas disponible dans chaque région pour savoir à quelles zones correspondent les cartes.
- L'absence de personnes ou de comité sur le terrain de façon continue pour sensibiliser et partager les cartes.

- Solution évoquée sur le terrain : mettre en place un comité constitué de deux relais communautaires par village. Ces relais seront choisis par la population. Ils seront chargés de la distribution des cartes.
- La formation insuffisante des acteurs : peu d'acteurs sur le terrain sont formés. Ce qui fait qu'ils ne sont pas capables de répondre aux préoccupations des bénéficiaires.
 - Solution évoquée sur le terrain : former les acteurs sur le terrain, mettre en place un comité permanent de sensibilisation.
- La population est réceptive, mais il faut un travail continu de sensibilisation pour atteindre l'objectif, il faut donc éviter les campagnes ponctuelles. En effet, suite à la suspension du processus (décembre 2015), on note une désensibilisation et une désinformation.
 - Solution : améliorer les stratégies de sensibilisation de la population.

Les autres difficultés évoquées sur le terrain sont :

- Le non-remboursement des prestations
- La formation insuffisante des prestataires de soins : en effet, tout le monde n'a pas été formé. Ceux qui ont été formés refusent de former leurs collègues, car demandent des moyens financiers (motivation financière).
- Certaines personnes indigentes n'ont pas été retrouvées : « des laissés pour compte », mais d'autres personnes n'étant pas indigentes se retrouvent sur la liste, mais les vrais indigents sont laissés pour compte.
 - Solutions évoquées : remboursement des factures pour les prises en charge déjà faites, formation des prestataires de soins pour la prise en charge correcte des patients. Mise en place d'un système pour mener des enquêtes sur les personnes dites indigentes, information de la population sur les critères de choix pour éviter toute suspicion du choix des bénéficiaires sous un aspect politique (vulgariser les critères de choix des bénéficiaires). Rendre dynamique la liste des indigentes (mise à jour fréquente, actualisation globale de la liste tous les deux ans et actualisation exceptionnelle en tout temps).

Cas d'un atelier de formation des prestataires de soins à Porto Novo (décembre 2016)

Nous avons également pu participer à un atelier de formation des prestataires de soins sur l'utilisation des outils de prise en charge du RAMU. Il s'agissait donc de former les prestataires de soins sur le mode de fonctionnement du processus, l'utilisation correcte des outils du RAMU, le paquet de prestations offertes, les modalités de prise en charge.

Les observations suivantes ont été faites :

- La séance était interactive et conviviale.

L'image 3 présente un atelier de formation des prestataires de soins.



Image 3 : Atelier de formation des prestataires de soins

Points évoqués :

- Les prestations offertes par le RAMU sont différentes de celles offertes par le PRPSS pour la prise en charge des pauvres extrêmes. Quand le programme prendra fin en juin, le RAMU prendra le relais et le paquet de soins ne prendra pas tout en charge. La prise en charge exclusive des indigents pour ce projet serait bénéfique pour les prestataires de soins, le programme du financement basé sur les résultats (FBR) étant en cours. En effet, le PRPSS va entraîner une augmentation de la prise en charge des pauvres extrêmes (augmentation de la fréquentation des centres par les pauvres extrêmes) avec comme conséquence une augmentation de l'utilisation des indicateurs

pour les pauvres du FBR qui sont deux fois plus chers que les indicateurs de prise en charge des populations non pauvres. Par exemple, l'accouchement d'un non-pauvre est récompensé par une prime de 7000 FCFA, quand il s'agit de l'accouchement correct d'un pauvre extrême, cette prime est de 14000fcfa.

6-2-5-2- Nouvelle architecture du RAMU

L'architecture globale du RAMU a été modifiée suite aux diverses difficultés rencontrées au cours de la phase pilote. Par exemple :

« En 2014, les mutuelles de santé accusaient les responsables de la mise en œuvre de les écarter »²⁴.

La nouvelle architecture, élaborée en concertation avec les différents acteurs concernés, intègre la notion d'organisme gestionnaire agréé, énonce clairement les fonctions et attributions des principaux acteurs de gestion du risque maladie du processus (mutuelles de santé, sociétés d'assurance, caisse nationale de sécurité sociale, caisse mutuelle de prévoyance sociale, fonds national de retraite du Bénin) et détermine les modalités de la collaboration entre le RAMU, les mutuelles sociales et les sociétés d'assurances privées^{81,82}. Le tableau XV et la figure 8 présentent respectivement les acteurs impliqués dans le processus du RAMU et la nouvelle architecture du RAMU.

Tableau XV : Acteurs impliqués dans le processus du RAMU et leurs fonctions⁸²

Acteurs	Fonctions
ANAM (agence nationale de l'assurance maladie)	Coordination et gestion du RAMU
CNSS (caisse nationale de sécurité sociale)	Mobilisation sociale de sa cible, pré affiliation, collecte des cotisations
OAMS (organe administratif de la mutualité sociale)	Immatriculation, encadrement et développement des mutuelles
FNG (fonds national de garantie)	Prévention défaillance, Garantie Engagement

MUTUELLES SOCIALES	Mobilisation sociale, pré affiliation, Recouvrement cotisation, Contrôle social (Secteur informel et agricole)
SOCIÉTÉS D'ASSURANCES PRIVÉES	Marketing, pré affiliation, Recouvrement cotisation, Contrôle social (Institutions républiques, collectivités locales, sociétés et offices d'état, entreprises privées, professions libérales, indépendants)
CMPS (caisse mutuelle de prévoyance sociale)	Mobilisation sociale, pré affiliation, Recouvrement cotisation, Contrôle social (Secteur informel, urbain et périurbain)
FNRB (fonds national de retraite du Bénin)	Mobilisation sociale, Collecte des cotisations
PRESTATAIRES DE SERVICES (fournisseurs de soins et dispensateurs de médicaments)	Fourniture des prestations
COLLECTIVITÉS LOCALES	Mobilisation sociale, Contrôle social, Financement
OSC (Organisations de la société civile) Syndicats	Mobilisation sociale, Contrôle social
ÉTAT	Mobilisation des ressources publiques (fonds des indigents, mécanismes de gratuité et de PEC...), Cotisations, Subvention, Contrôle de la gestion
PTF (partenaires techniques et financiers)	Mobilisation des ressources, Subventions, Appui technique

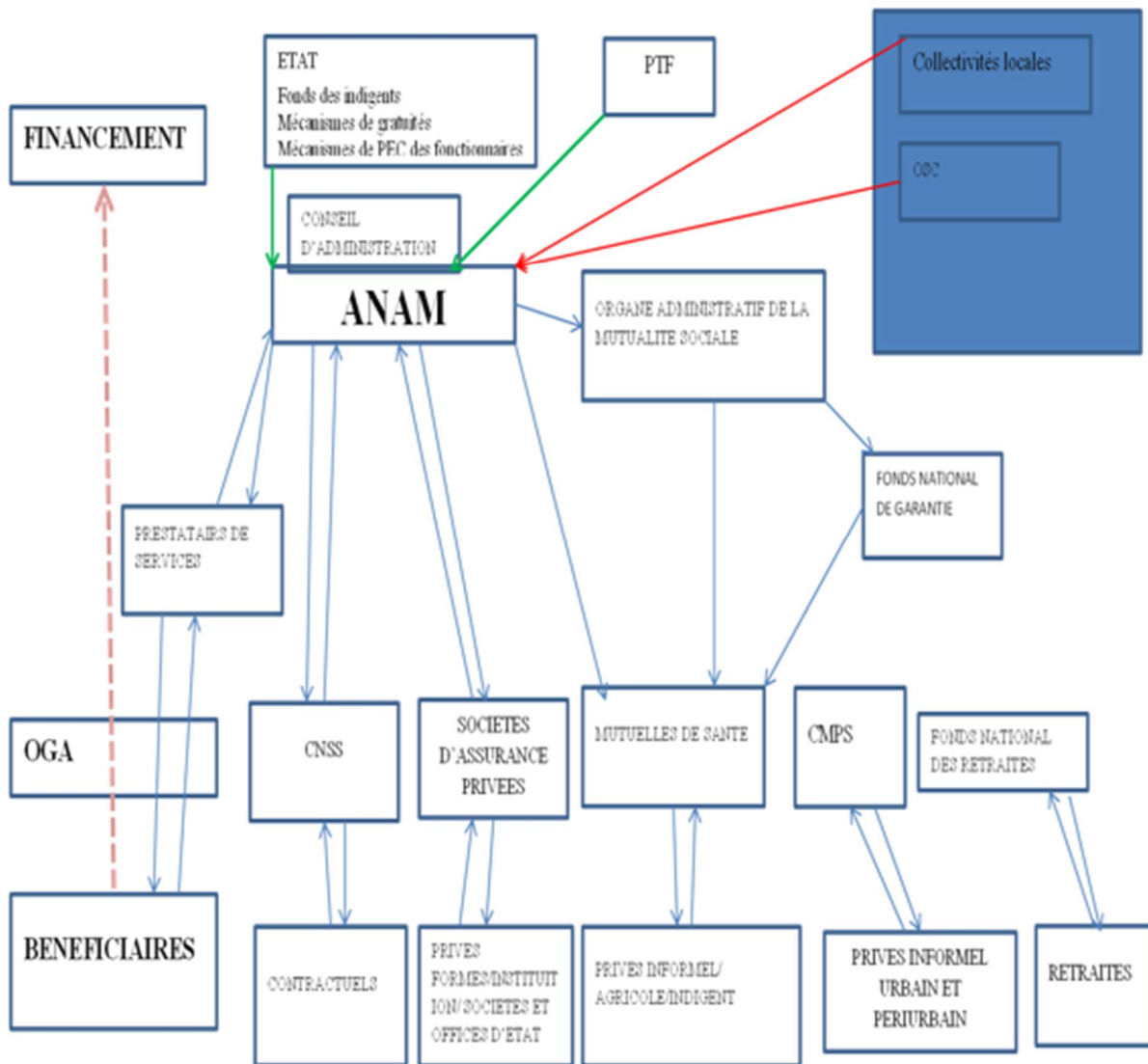


Figure 8 : Architecture modifiée du RAMU⁸² (2016)

6-2-5-3- Objectifs visés par les responsables de la mise en œuvre du RAMU

Il s'agit d'une part d'améliorer la structuration du système de financement de la santé. Ceci en vue de rendre le système de santé efficient et efficace⁸¹.

« Le RAMU a pour finalité de mutualiser toutes les autres mesures sociales qui existaient dans le secteur de la santé notamment... Non, non toutes les mesures sociales devront être intégrées dans le RAMU, mais cela doit se faire progressivement. Non ce n'est

pas encore le cas. Non ce n'est pas encore le cas, loin de là ! Non ce n'est pas encore le cas, je veux dire les gens ne sont pas autonomes aujourd'hui. Je veux dire césarienne gratuite autonome pour l'affaire soins de santé femme et enfant autonome, les gens de SIDA les gens de dialyse et consort tout c'est encore autonome. Mais le RAMU a vocation in fine à intégrer toutes ces mesures donc à en faire une seule agence nationale ». (GIN)

D'autre part, pour ce qui concerne la mise en œuvre spécifique du RAMU⁸¹ il s'agira de :

- Promulguer et mettre en application la loi.
- Créer des agences départementales de l'assurance maladie pour déconcentrer le processus.
- Élaborer une nomenclature des actes et une grille tarifaire applicables dans le cadre du RAMU (rationalisation de la fourniture des prestations, de leur contrôle et de leur remboursement).
- Concrétiser les échanges entre l'ANAM et les organismes de prévoyance sociale (mutuelles de santé, CNSS, CMPS...).
- Affilier au moins 20 % de la population en moyenne par an, sur les 5 ans à venir, en considérant les années 2017 et 2018 comme années charnières.
- Mettre en place l'assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH)⁸⁰ :
 - Opérationnalisation du système assurance, microcrédits, retraite prévue pour janvier 2018
 - Mise en place des mesures de transition du RAMU à ARCH
 - Prise en compte des acquis du RAMU pour l'ARCH
 - Formation des acteurs dans le domaine de l'ARCH
- Etendre le processus aux étapes 2 et 3⁸¹.

6-3- Facteurs influençant l'implantation du RAMU (obstacles et facteurs facilitants)

6-3-1- Facteurs influençant l'implantation du RAMU au cas par cas

Les résultats obtenus pour chaque cas sont présentés sous forme de deux grandes rubriques : les obstacles et les facteurs facilitants. Dans chaque rubrique, les thèmes sont regroupés selon qu'il s'agit de thèmes figurant dans notre modèle théorique ou qu'il s'agit de thèmes émergents

6-3-1-1- CAS 1 : Zone sanitaire Cotonou VI

- Obstacles

- **Thèmes du modèle théorique**

- Forte politisation du processus : si la majorité des participants reconnaissent qu'il existait une forte volonté politique à mettre en œuvre le RAMU, il se posait la question des réelles motivations de l'État. En effet cinq sur les sept participants interviewés pensaient que l'engagement de l'État n'avait pas pour réel objectif d'apporter un soulagement à la population. Selon eux, il s'agissait d'une motivation purement politique, la mise en œuvre ayant démarré vers la période de campagnes électorales.

« Je pense que ç'a été un peu politique. La couleur politique a beaucoup influencé le RAMU. On a fait vraiment une grande propagande autour, sans savoir que la vraie propagande, ça doit être fait de façon à inculquer, à montrer aux usagers l'importance de la santé, de la maladie et de la prise en charge de la maladie ». (P1AL)

« C'était pour le populisme qui était en œuvre. Cela faisait partie des promesses électorales, c'est tout... c'était à visée politique ». (P2AL)

Responsables, prestataires et populations cibles s'accordaient à dire que la forte implication du gouvernement d'alors dans le processus de mise en œuvre a eu un impact négatif sur la réussite du processus. Cette trop grande influence politique aurait eu comme conséquences une précipitation dans la mise en œuvre et un manque d'autonomie des acteurs pour mettre en œuvre le processus selon les normes.

« ... il ne faut pas oublier le contexte de démarrage, dans quel contexte... le contexte politique joue aussi beaucoup... vous savez quand on a démarré, c'était à la veille des élections... Je dois avouer que personnellement, je n'ai pas eu l'impression qu'on a fait les choses dans les normes. J'ai l'impression que le politique a trop prévalu sur le technique. On a trop mis en avant la politique et ça a beaucoup joué sur le déroulement du processus. Un simple exemple, nous avons commencé avant la loi... ». (G1AL)

- Mobilisation insuffisante des ressources par l'État : les responsables et les prestataires de soins s'interrogeaient sur la réelle capacité de l'État à mobiliser les ressources.

« Est-ce qu'ils ont des fonds, est-ce qu'ils ont œuvré suffisamment, pour avoir des fonds pour ça... Comme le gouvernement voulait, vous pensez que les gens ont les moyens de faire tout ça, c'est bon de rêver... est-ce que l'État pourra payer après, parce que c'est ça qui s'est passé et nous on a fait les prestations, mais l'État n'a pas payé... Ils ne pourront pas payer... du fait qu'ils ont échoué, témoigne de leur incapacité à supporter alors la prochaine fois quand ils vont vouloir lancer, il faut qu'ils soient sûrs ». (P2AL)

- Paquet de services insuffisant : selon certains prestataires, les services couverts seraient insuffisants. Une priorisation des médicaments essentiels a été faite et les bénéficiaires n'arrivaient pas à honorer les prescriptions en cas de complications (médicaments de spécialités onéreux)

« Très tôt les patients ont été confrontés à des difficultés, parce que c'est vrai c'est une politique qui va à la faveur des plus démunis, mais quand même il y avait une limite. La limite c'était quoi, avec le RAMU les produits accessibles étaient limités vous ne pouvez que payer des produits génériques. C'était bien précisé, vous ne pouvez pas aller au-delà. Si le médicament coûte, c'est à un certain coût, l'assurance ne peut pas couvrir. J'ai vu des gens rapidement, séance tenante, qui ont rompus avec l'assurance... séance tenante parce que j'ai prescrit des médicaments, ils sont allés à la pharmacie, ils n'ont pas pu payer, et ils se sont retournés, et ils étaient étonnés : ah, mais ah votre RAMU c'est comme ça ? Et on ne peut pas avoir accès, mais si c'est ça, ce n'est pas la peine. Vous avez des cas comme ça... autrement dit, vous ne pouvez que payer les médicaments de première nécessité. Donc en cas de complications vous ne pouvez pas... franchement ça fait partie des raisons pour lesquelles ça ne peut pas marcher ». (P3AL)

- Absence d'implication des principaux acteurs concernés dans la mise en œuvre du RAMU : les acteurs responsables de la mise en œuvre au niveau intermédiaire et les prestataires de soins se plaignaient de ne pas avoir été impliqués dans le processus de mise en œuvre.

« Nous sommes au niveau intermédiaire, on met en œuvre la politique définie au niveau national. Il faut avouer qu'à ce niveau, on n'a pas eu à... on a été un peu passif dans le processus. Je ne saurais dire que la collaboration a été vraiment bonne... et je me dis, certains se considèrent vraiment comme les spécialistes de la chose, ce sont eux qui connaissent tout de la chose, alors que, chacun à son niveau a toujours un rôle à jouer et il faut bien expliquer et s'entendre ensemble, déterminer les rôles, je n'ai pas eu l'impression que cela a été fait ». (G1AL)

« ... Sinon moi personnellement, par rapport aux divers acteurs, je n'en connais pas grand-chose. Il n'y avait pas de consensus, non. Bizarrement, nous qui sommes acteurs, je vous assure que c'est par les voies médiatiques que nous avons entendu parler de RAMU, sinon il n'y a pas eu de réunions formelles auxquelles on a fait participer tous

les acteurs... tous les médecins, les acteurs que nous constituons n'ont pas été associés à la chose ». (P3AL)

- Gestion centralisée du processus : les responsables de la mise en œuvre au niveau intermédiaire, c'est-à-dire départemental, étaient en réalité les responsables des formations sanitaires des dits départements. Ceci était dû au fait que les structures décentralisées de l'agence nationale de l'assurance maladie n'avaient pas été créées. Ainsi l'ANAM assurait la mise en œuvre de tout le processus. Les responsables au niveau intermédiaire et les prestataires se sentaient donc mis à l'écart et ils accusaient l'ANAM d'être la seule à gérer le processus.
- Modalités de communication et d'information inadéquates et insuffisantes : Bien que certains participants aient affirmé que le gouvernement avait mobilisé d'énormes ressources pour faire la sensibilisation autour du RAMU, tous s'accordaient à dire que la communication sur le RAMU était défailante (non adapté et insuffisante). Selon certains, les campagnes de sensibilisation avaient une intonation politique. En effet, il était objectivé une forte médiatisation, une propagande, mais pas d'orientation spécifique de la communication adaptée à la population cible. Ceci expliquerait l'incompréhension du fonctionnement du processus par les bénéficiaires.

« L'information a été divulguée sous forme de campagnes, ce n'était pas vraiment quelque chose... c'est comme ça moi j'ai perçu ça. C'est plus popularisé, plus médiatiser ». (GIAL)

« ... On a fait une propagande, on a médiatisé, tout ça la, mais qui n'ont pas beaucoup agi sur notre culture, notre personne, notre personnalité. Ça a fait qu'il a eu un échec, l'argent qui doit être cotisé régulièrement ce n'est pas ça qui est l'important même, il faut d'abord que la personne arrive à acquérir pour pouvoir s'en occuper vraiment ». (P1AL)

« Je dirai que tout le monde n'était pas informé du système mis en place par le gouvernement, d'autres disaient même que c'était de l'arnaque ; donc pour ça il faudrait apporter quand même beaucoup plus de précision ». (B2AL)

Pour d'autres, les mécanismes de sensibilisation et d'information des prestataires étaient insuffisants. Certains prestataires ne maîtrisaient pas le concept du RAMU et n'étaient pas informés sur les modalités de sa mise en œuvre.

« La première source c'était sur les médias. On parle de ça dans les journaux, c'est par ces canaux, moi j'ai su ce que c'est que le RAMU, sans savoir réellement le fond, en espérant qu'un jour de façon officielle nous les acteurs on sera informé, mais ça n'a pas été fait ». (P3AL)

- Retard ou absence de remboursement des prestations : tous les prestataires de soins indexaient le retard ou parfois l'absence de remboursement des prestations comme un handicap majeur au bon déroulement du processus. En effet, les formations sanitaires fonctionnaient sur financement communautaire et le retard du remboursement des prestations offertes pouvait avoir comme conséquence une rupture de stock (difficulté de ravitaillement des centres) et l'incapacité des formations sanitaires à payer leurs personnels.

« C'est vraiment lent... On a été réglé, mais pas dans les délais, je ne peux pas donner un délai en tant que tel, mais cela dépasse largement deux mois. Ainsi il nous a été difficile de ravitailler le stock et il a fallu attendre plusieurs mois, après plus de 5 mois qu'on a été payé finalement... l'argent n'était pas payé à temps, les factures n'étaient jamais payées. C'est bien après, c'est des mois après et après plusieurs réclamations et même après la suspension de la prise en charge... Il faut toujours attendre des mois durant voire même un an après ». (PIAL)

- Mécanismes d'identification des indigents inadéquats : la stratégie d'identification des indigents était considérée comme défaillante. En effet il a été objectivé plusieurs cas de fraudes. Certaines personnes non indigentes étaient présentes sur la liste.

- Mécanismes de contrôle et de suivi du processus inexistant : plusieurs participants ont déploré l'absence de contrôle et de suivi du processus. Ceci a eu pour conséquences plusieurs cas de fraudes.

« ... vous savez que nous sommes au Bénin, ce n'est plus un secret, il y a la béninoiserie, quand on dit que quelque chose est gratuit, tout le monde..., or au départ, on avait bien précisé que c'est une catégorie. Je vous assure qu'il n'y avait pas de contrôle autour. Même des gens, des citoyens moyens se sont fait enrôler dans ça. C'est ça au fait le grand problème. C'est-à-dire, on a dit que c'est gratuit, mais on n'a pas sécurisé. Il n'y avait pas de garde-fous. C'est pourquoi ça s'est soldé par un échec. Mais en ce moment-là, tout le monde disait... vous savez à un moment donné, il y avait une pléthore de

patient, sincèrement nous aussi, entre temps, nous avons vu venir... avec ça l'État ne pouvait pas supporter. Tout le monde était devenu indigent. Parce qu'il n'y avait pas de garde-fous, de contrôle ». (P3AL)

- Motivations personnelles des prestataires de soins : l'absence de motivation (primes) prévue dans le cadre du RAMU a été un des facteurs de résistances des prestataires de soins. Selon certains prestataires, il n'y avait pas de ressources financières disponibles pour motiver les agents de santé, mais disponibles pour faire la médiatisation du RAMU (campagnes médiatiques avec les artistes).

« ... Faut voir, toutes les vedettes de ce pays ont chanté pour le RAMU. Ce n'était pas les moindres et je ne sais pas comment ils ont pu être rémunérés et suis sûr que cela n'a pas été gratuit. Mais nous, les animateurs du système, les agents de santé, combien RAMU a débloqué pour aider les agents de santé, pour nous dire on vous stimule... ». (P1AL)

Les intérêts personnels des prestataires avaient également été indexés : fraudes, rançonnements.

« ... le doute c'était au niveau un peu plus bas quoi, surtout au niveau du personnel de santé, ils n'y croyaient pas. Quand tu échanges avec eux, tu sens qu'ils sont réticents... ils ne comprennent pas, c'est un manque d'information et il aura résistance compte tenu du système actuel, ce qu'ils font actuellement là, il y aura réticence... Par rapport à nous, personnels de santé, ce qui peut être un facteur limitant, c'est que vous savez, ce n'est plus un secret pour nous, les agents de santé, les rançonnements, les petites choses qu'ils trouvent dedans, ça peut limiter beaucoup tout ça. Ce ne serait plus l'argent direct on va donner, or parfois c'est ce qu'ils font quoi, le rançonnement, parfois les fraudes aussi, avec parfois des médecins et des infirmiers qui détournent aussi, donc ce ne sera plus vraiment trop possible. ». (G1AL)

Pour les bénéficiaires, les agents de santé constituaient les principaux obstacles à la réussite du processus. En effet ils avaient été témoins de critiques négatives du processus de mise en place du RAMU par les prestataires de soins et de leurs réticences à mettre œuvre le RAMU du fait qu'ils n'aient pas été associés au processus. Il y avait donc une forte opposition des prestataires envers le processus de mise en œuvre du RAMU.

« ... maintenant quand j'ai échangé avec un agent de santé il m'a dit : mon frère je vais te dire une vérité on t'a dit que les fiches sont finies c'est vrai que nous l'avons dit verbalement, mais en réalité, les fiches ne sont pas finies, les fiches sont là, c'est parce que le RAMU là nous ne sommes pas d'accord avec la manière dont l'État a mis ça en œuvre, ils ne nous ont pas associés, c'est pour ça nous on ne veut pas que ça marche. On a des tonnes de fiches là dans la poussière qu'on n'utilise pas. Quand les gens

viennent, c'est nous même qui leur disons que les fiches sont finies... Je vais vous dire c'est les Béninois même qui ont tués le RAMU et la grande majorité c'est les agents de santé parce que les bénéficiaires n'ont aucun intérêt à tuer le RAMU, car c'est à leur avantage... Pourquoi nous on nous fait payer ça. Nous nous sommes juste des malades à la recherche d'une solution à nos problèmes et on ne devait pas en principe nous faire voir tout ça ». (BIAL)

- Communication insuffisante entre prestataires et responsables de la mise en œuvre : il existait un manque de communication entre les responsables de la mise en œuvre et les prestataires de soins. Ceci, associé à l'absence d'implication des prestataires dans le processus, a eu pour conséquence une méfiance des prestataires envers les responsables (les modalités de la mise en œuvre n'étaient pas clairement définies).

« Les gens de MSS par moments ils viennent ici, ils nous réunissent et ils disent des choses sur tel que ça se passe, ce qu'ils souhaitent que ça soit, ce qu'il ne faut pas dépasser, il ne faut pas prescrire trop de médicaments chers ou bien il faut faire surtout des génériques, tout cala-ils viennent nous dire ça. Mais les autres du RAMU on ne les a pas vus ». (P2AL)

- Formation insuffisante des prestataires de soins : selon certains prestataires, les formations reçues n'étaient pas suffisantes pour mettre en œuvre efficacement le processus.

- Structure organisationnelle non opérationnelle : plusieurs bénéficiaires trouvaient le processus d'adhésion (enrôlement, récupération des cartes) et de prise en charge en cas de maladie long et laborieux. Ceci a eu comme conséquences des découragements et désistements de certaines personnes.

« ... il y a trop de tracasseries pour ça, tantôt on dit que c'est au terrain ici tantôt on va payer ailleurs. Il n'y a pas une organisation propre pour ça, ils n'ont pas pu... il n'y a pas des stands bien définis pour ça. Il y a eu trop... d'amalgame pour ça ; tu te balades c'est pour appeler telle personne, ils ne sont pas là, il faut attendre, il faut retourner d'abord. Donc c'est ça qui ne m'a pas plu dans ça... oui, ils ont dit revenez après... vous allez prendre ça, donc c'est lui qui a fait les démarches. Sinon sans lui (mari) je ne pourrais pas faire tous ces va-et-vient-là... parce que ça n'a pas été facile. Sinon moi je croyais que quand on fait en même temps les photos là, ils vont envoyer ça au terrain. Si tu n'es pas courageuse, tu vas laisser ça. Il y a des gens ont désisté. Ma sœur par exemple n'a pas apprécié... elle a dit non qu'elle préfère payer les... en même temps les sous et être soignée, que lui ne veut pas ces va-et-vient, elle a refusé. C'est lui, c'est mon

mari qui a été endurant sinon moi-même je suis découragée. Je n'ai pas eu... euh ! C'est lui qui m'a encouragé ». (B3AL)

De plus, ils ne bénéficiaient pas de tous les services inclus dans le paquet de services du RAMU (ex. : indisponibilité des médicaments pris en charge). Enfin le processus a été suspendu.

- Prestations de mauvaise qualité : tous les bénéficiaires s'accordaient à dire que les prestations étaient de mauvaise qualité. En effet ils avaient tous fait l'expérience d'un mauvais accueil, d'un retard dans la prise en charge, et d'un manque de considération envers eux.

« Au niveau des soins, moi j'ai senti qu'il y a une certaine haine en sourdine envers ceux qui amène la carte RAMU parce que quand vous vous présentez à la caisse et vous dites j'ai une carte RAMU on vous dit attendez on va prendre les autres malades d'abord et j'ai été plusieurs fois victime de ça... Ils nous mettent donc à l'écart d'abord. ... Il y avait aussi d'autres sociétés d'assurance et j'ai constaté que ceux qui avaient les cartes d'assurance de cette société étaient mieux considérés que par rapport à nous qui étions au RAMU. On nous prenait comme des moins que rien... je ne sais pas... on nous voyait comme... je ne sais pas... les dernières personnes de la société quoi... c'est un truc du genre, moi c'est quelque chose qui m'a beaucoup choqué... Des fois vous leur dites j'ai ma carte et je n'ai pas les moyens vous pouvez me prescrire quelque chose à la pharmacie de l'hôpital parce que la plupart des médicaments sont pris en charge par la pharmacie de l'hôpital. Mais ils disent non qu'il faut forcément acheter les médicaments à l'extérieur. On sent à travers leurs propos qu'ils sont contre vous. ... Et je sens que nous sommes tout de suite étiquetés et quand tu viens, c'est-à-dire après un certain nombre de fois, déjà tu commences à être mal reçu. Tout ce qu'ils vous font comme prestations, c'est à contrecœur ils le font, c'est malgré eux et des fois ils vous lâchent des mots ». (B1AL)

- Difficultés liées à l'utilisation des cartes : les bénéficiaires dénonçaient le fait que les cartes n'étaient pas utilisables hors de leur zone sanitaire et dans tous les centres de leur zone. Ainsi, ils n'avaient pas la possibilité d'aller se faire soigner dans les centres de leur choix.
- Manque de confiance de la population envers les compétences des acteurs (responsables, prestataires de soins) : la population était dubitative quant à la capacité de gestion des fonds par les responsables. Il y avait un manque de transparence dans le processus par

les responsables et les prestataires entraînant une perte de confiance de la population en ces acteurs-là. Elle avait le sentiment de subir une escroquerie dans la mesure où les responsables se souciaient plus de recueillir les cotisations que de s'assurer que la population bénéficie effectivement des prestations offertes. De plus, les prestations de mauvaise qualité, le découragement par les anciens bénéficiaires qui n'ont pas reçu des prestations malgré le paiement des frais de cotisations constituaient d'autres éléments clés de méfiance. Enfin, il existait un manque d'information sur les prestations couvertes et celles qui ne l'étaient pas, donc sur les modalités du RAMU qui favorisait la culture de la méfiance.

- **Thèmes émergents**

- Absence de cadre législatif : la mise en œuvre avait démarré avant le vote de la loi. Ceci a constitué un frein important.

- Formations sanitaires mal équipées : la plupart des prestataires se plaignaient d'une absence d'équipement des centres au démarrage de l'initiative.

« ... les centres aussi devaient être avisés de leur équipement parce qu'il ne s'agit pas seulement de recevoir les patients, il faut les recevoir et ils doivent bénéficier des soins. Donc on doit s'équiper correctement de ce qu'il faut avant que les gens ne viennent sinon ils viendront et finalement tout sera payé à titre externe, c'est-à-dire qu'on prescrit et le malade repart en ville pour acheter alors que s'il vient, il doit être pris en charge correctement... l'état n'a pas donné d'équipements ici, alors que les gens viennent chez nous. Ils sont obligés de payer... ». (B1AL)

- Absence d'implication des mutuelles locales : les mutuelles existantes n'avaient pas été associées au processus de mise en œuvre du RAMU. Ceci a mis le RAMU dans une situation de concurrence avec la mutuelle de santé existante.

« ... il y a une assurance bien sûr de l'État, qu'on appelait MSS qui maintenant c'est CMP, je crois, CMPS, caisse mutuelle de protection sanitaire et finalement quand le RAMU est arrivé, pour moi je croyais qu'on aurait pu faire un appui sur ça pour développer le RAMU au lieu de faire le RAMU tel qu'ils avaient présenté... ça s'est mis en concurrence avec MSS, mais MSS continue toujours à fonctionner jusqu'à ce jour ». (P2AL)

- Précipitation dans le processus de mise en œuvre : tous les acteurs s'accordaient à dire que la préparation avant le démarrage était insuffisante.

- **Facteurs facilitants**

- **Thèmes du cadre théorique**

- Bonne perception du RAMU : tous les participants (responsables, prestataires, bénéficiaires) s'accordaient à dire que la mise en place de l'assurance maladie était une bonne initiative.

- Forte volonté politique : il avait été objectivé une forte volonté du gouvernement d'alors à mettre en œuvre le processus. De plus, selon certains la présence d'un nouveau gouvernement en place est un facteur qui pourrait faciliter la réussite du RAMU.

« Je crois que le chef de l'État à l'époque le président Boni Yayi avait beaucoup d'ambitions et le RAMU faisait partie de ses ambitions les meilleures. Ce président, il a mis les bouchées doubles, il a travaillé dur... Comme nous avons un nouveau gouvernement, je pense que quand ils vont revenir en parler les gens vont y adhérer, mais si c'était toujours l'ancien, non. Les gens sont déjà déçus et ne parlent même plus de ça. Le nouveau gouvernement en place a tellement d'ambitions, de projets que parfois nous-mêmes nous ne savons pas ce qu'ils veulent faire de nous, au point où on accepte tout ce qu'il propose pour voir ce que ça va donner ». (BIAL)

- Forfaits proposés : les frais d'adhésion et de cotisations étaient raisonnables selon la capacité financière des ménages et le paquet de services proposés.

« Moi personnellement ça ne me dérange pas de cotiser 12 000 FCFA par an pour qu'en cas de maladie je puisse me faire soigner, moi ça m'arrangeait... Il faut quand même que les gens soient conscients que quand on tombe malade et qu'on va à l'hôpital ce n'est pas avec une somme de 12000FCA qu'on se soigne, donc quand on vous fait payer cette somme pour un an je crois que c'est raisonnable et c'est à la portée de tout le monde ». (BIAL)

- **Thèmes émergents**

- Opérationnalité de la structure organisationnelle : la fonctionnalité du processus au départ (présence des outils de prise en charge, prestations offertes, facturation, formation des prestataires, implication d'agents de santé compétents et qualifiés dans le processus) a grandement facilité l'adhésion de la population.
- Expérience préalable des mécanismes d'assurance : les prestataires de soins étaient habitués à collaborer avec des mécanismes d'assurances (mutuelles de santé, assureurs privés). Ainsi le concept de la couverture sanitaire n'était pas nouveau et ils y ont vite adhéré.

6-3-1-2- CAS 2 : Zone sanitaire Porto-Novo-Sèmè-podji-Aguégoués

- **Obstacles**

- **Thèmes du modèle théorique**

- Forte politisation : il existait une forte politisation du processus avec un questionnement des acteurs sur les réelles motivations du gouvernement. En effet, la forte implication de l'État dans le processus a été assimilée à une motivation politique. Ceci a entraîné de la résistance de la part des opposants au pouvoir. Il faut préciser qu'il s'agissait d'une commune de l'opposition. Il y a donc eu une démobilisation de la population par les hommes politiques.

« Ça n'a rien de scientifique, vous savez Sèmè podji est une commune purement de l'opposition... et je crois que même le pouvoir central avait politisé la chose donc à un moment donné ils ont été démobilisés par les hommes politiques pour dire, écoutez, ce que vous faites là, si vous allez c'est zéro... ». (PIOP)

- Absence d'implication des principaux acteurs concernés dans la mise en œuvre du RAMU : les acteurs responsables de la mise en œuvre au niveau intermédiaire, les acteurs locaux (prestataires de soins, assistants sociaux, ONG), les partenaires sociaux

et la communauté n'avaient pas été impliqués dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre (identification, sensibilisation, enregistrement).

« Au niveau de la zone il n'y avait pas une implication de l'équipe d'encadrement des zones pour pouvoir relayer les informations, les difficultés étaient énormes... d'abord pour l'identification, d'abord c'est le niveau central qui a recruté des gens qui sont venus dans les départements pour pouvoir faire ce recensement sans l'implication des chefs postes dans les formations sanitaires où on est en train de faire ce recensement. Donc maintenant quand les cartes sont venues, le partage des cartes a été difficile parce que le chef poste qui devait à son tour connaître ceux qui ont été enregistrés et les cartes sont venues, il ne connaissait pas les gens parce qu'il n'a pas été impliqué. On a fait ces observations aussi dans le groupe qui a pris par ici. D'abord pour l'enregistrement des gens il y a eu des difficultés parce que c'est l'équipe de là-bas, les gens ont été retenus au niveau de l'ANAM là-bas et ils sont venus sur le terrain, ils ont travaillé parallèlement et ils sont repartis, les cartes maintenant sont revenues pour être partagé maintenant il y a eu des difficultés ». (GIOP)

« ... c'est une décision qui a été prise sans consulter la communauté.... Ça a été écrit par les santés publiques, ça a été écrit par ceux qui pensent connaître les réels besoins de la communauté, ce qui n'est forcément pas vrai. Quand tu ne fais pas un bon diagnostic communautaire, tu passes à côté ». (PIOP)

« Je voudrais aussi vous informer que les partenaires sociaux n'étaient pas associés à ce programme... donc, il faut prendre du temps à expliquer d'abord aux partenaires sociaux. Vous savez que les partenaires sociaux c'est des syndicats qui doivent expliquer ça à la base, pour expliquer le bienfondé de l'assurance maladie, mais ils ont politisé ça par des médiatisations à tout prix... ». (P3OP)

- Gestion centralisée du processus : les agents de l'ANAM étaient les seuls responsables de la mise en œuvre.

« L'agence nationale du RAMU était plus à la présidence qu'au niveau du ministère de la Santé. Les instructions se donnaient depuis la présidence et ils couraient de gauche à droite. Le RAMU a été géré verticalement et les instructions venaient des structures au sommet qui géraient, c'était centralisé au niveau du... et c'était centralisé au niveau de l'agence là-bas parce que même les formations qu'ils ont eu à faire pour les agents ici sur les outils c'est eux-mêmes qui sont venus former... ». (GIOP)

- Modalités de communication et d'information inadéquates et insuffisantes : tous les participants ont mentionné que la communication autour du RAMU et la sensibilisation étaient insuffisantes, inadéquates et inadaptées aux populations vulnérables. De plus, les prestataires n'étaient pas informés du processus et n'étaient pas disposés à offrir des prestations gratuitement. Seules les consultations étaient gratuites, les prescriptions

(médicaments) étaient à la charge des bénéficiaires. Ainsi, les modalités de communication ne permettaient pas à la population et aux prestataires de soins de comprendre en profondeur le RAMU et ses modalités.

« Si on parle de la communication, il y avait chanson RAMU, on danse même RAMU... Mais ils ne comprenaient rien ! Ils savent qu'il y a RAMU, mais qu'est-ce qu'il y a dans RAMU ? Qu'est-ce que ça implique ? Qu'est-ce que ça a comme avantages ? Ils ont juste fait des tapages médiatiques. C'est-à-dire ils devaient expliquer, dans toutes les langues. Non, ils parlent de RAMU, que de venir au centre de santé, de prendre des cartes, de faire... c'est fini. Donc la communication il manquait des termes pour persuader, convaincre la communauté... ils envoyaient juste des courriers RAMU signés par le ministre de la Santé, des brochures et c'est fini. Il n'y avait pas de formations... ». (P3OP)

De plus, les bénéficiaires n'étaient pas informés sur l'évolution du processus (ils ne savaient pas à qui s'adresser, à quelle étape se trouvait le processus). Il n'y avait pas de structure permanente mise en place dans chaque localité pour permettre aux bénéficiaires de s'informer.

- Acteurs impliqués dans la mise en œuvre non qualifiés : tous les prestataires se questionnaient sur les compétences des acteurs impliqués dans la mise en œuvre.

« ... tel que ça a été fait j'ai comme l'impression qu'au début de l'implantation il y avait un peu trop de copinage, c'était, bon voilà, il y a le RAMU maintenant, bon toi tu es comptable ? Viens tu travailles dedans, toi tu as quel niveau ? Tu as le CEP ? Toi tu as le BEPC ? Alors tu viens dedans, alors j'ai un cousin... alors on appelle tout le monde dedans, donc au niveau de la procédure... de tout le processus je dirai... je discutais avec les gens, ceux qui supervisaient ce n'était vraiment pas ça. Je crois que les acteurs... c'est une affaire de copinage ». (P1OP)

« Je ne vois aucune compétence. Quand on parle de compétence, c'est d'abord les agents de santé et par rapport au RAMU, on devait former... je dis que c'est des gens qui ne sont même pas de la santé qui viennent sur le terrain pour parler du RAMU. Ce n'était pas bien et dans le temps, les agents de santé étaient contre ». (P3OP)

- Mécanismes d'identification des indigents inadéquats : plusieurs cas de fraudes et d'abus ont été objectivés par les acteurs locaux.

« Les stratégies mises en jeu pour identifier les indigents ne sont pas vraiment une bonne stratégie. Il faut rigoureusement une stratégie pour identifier effectivement les indigents, les indigents même afin que ceux-là soient pris en charge gratuitement... Il y

a des vendeuses de Dantokpa... 70 % ne sont pas des indigents, il y a des commerçantes, des vendeuses, des enseignants et même des professeurs dedans... Moi je suis dans la zone sanitaire PAS, mais vraiment, je ne sais pas comment ils ont identifié ces indigents sur le terrain, comment ça s'est passé c'est dans mon fief, mais je ne sais pas comment ça s'est passé. J'ai vu des gens qui ne sont même pas indigents et que je connais... Ça pouvait réussir, si on impliquait les acteurs qu'il faut et qui sont sur le terrain. Mais on ne nous implique pas, on ne nous dit rien. Comment ils ont identifié les indigents et après ça on nous dit qu'il y a des indigents, ils seront pris en charge, comment ? Par qui ? Et avec quels matériels ils les ont identifiés, on ne sait rien de tout ça ». (P2OP)

- Mauvaise gestion des ressources : une mauvaise gestion des ressources financières et matérielles avec des dépenses excessives et non justifiées (campagnes médiatiques, artistes, etc.) avait été déplorée. Ceci entraînait une réticence des populations à adhérer.

« J'ai vu des voitures, il y a eu des bureaux... Les ressources financières, il y a eu de l'argent qui a circulé, on a vu beaucoup de dépliants, beaucoup d'information sur les bandes défilantes, on a vu beaucoup d'émissions sur les chaînes de télévision, ils passaient à la radio, les artistes et donc les ressources financières étaient là... pour la sensibilisation il y a eu des sommes faramineuses qu'on a fait sortir pour des artistes, qui ont chanté, qui sont passés de département en département, ça n'avait pas vraiment de sens et quand les gens voyaient ça, à un moment donné les gens étaient réticents. Ils se disent est-ce que ce n'est pas un ICC... parce que tu vois, on parle de RAMU, on parle d'un truc qui peut aider les pauvres et on parle de... mais subitement on voit tous les... les gens se disent est-ce que ce n'est pas les premiers sous qui ont été déposés qu'on utilise pour faire cette communication à outrance. Tu vas voir des dépliants, vous allez à une activité et il y a plein de dépliants qu'on fait et finalement des jours après tu vas encore voir des lots de dépliants dans la salle c'est-à-dire la gestion du matériel pose problème ».
(P1OP)

- Mauvaise coordination des activités : les rôles des différents acteurs n'étaient pas clairement définis.

- Communication insuffisante entre prestataires et responsables de la mise en œuvre : la collaboration entre prestataires et responsables de la mise en œuvre était quasi inexistante avec comme conséquence une absence de communication.

« Il n'y avait pas de communications... je pense qu'il n'y avait pas une communication entre les prestataires et ceux qui dirigeaient l'agence. Tout ce qu'ils faisaient dans le temps-là, c'était, à mon humble avis, purement politique. Les agents de santé se demandaient... vous posez la question même qu'est ce qu'on appelle RAMU, il n'y a pas de réponse. Si « R » c'est registre, si c'est quelque chose là, les gens se demandent « A » là c'est quoi ? Ils ne savaient même pas que c'est assurance maladie. Rien du tout.

RAMU, RAMU, RAMU et c'est terminé. Donc c'est pour vous dire que, ils n'avaient pas la communication entre les prestataires et ceux qui étaient à la tête de l'agence... Donc les prestataires n'étaient pas informés. Ils sont là, ils sont informés comme tout le monde, comme tous les autres, c'est-à-dire agents... c'est-à-dire comme la population. La manière dont la population est informée, c'est de cette manière que les prestataires aussi sont informés, alors que c'est à eux de faire fonctionner tout cela ». (P3OP)

- Conflits entre les prestataires de soins : le manque d'information a eu comme effet une suspicion de manque de transparence du processus par les prestataires avec la genèse de conflits entre les prestataires.

« Il y a des conflits entre les agents de santé, le niveau périphérique de la zone. Parce qu'au moment où je leur ai envoyé les supports, ils ont commencé par m'interpeler au téléphone : c'est quoi vous nous envoyez les supports, nous on ne sait pas remplir, on ne sait pas remplir hein, si vous avez pris votre argent, prenez-en soin chez vous hein, nous on n'a rien eu donc non hein, vous ne nous avez même pas formés et.... J'ai répondu que moi non plus je n'ai été formé, je suis venue au boulot seulement on m'envoie seulement les supports et je vous ai envoyé ça dans les centres c'est tout. Ils me disent qu'eux, ils ne sont pas d'accord, ils ne veulent pas, pourquoi je vais les encombrer. Il y avait des conflits effectivement ». (P2OP)

- Manque de confiance des acteurs envers les responsables de la mise en œuvre : les prestataires, les partenaires sociaux, les ONG et la population en général étaient méfiants envers les responsables de la mise en œuvre. Ils se questionnaient sur la transparence du processus (fraudes ? Arnaque ? ICC (Investment Consultancy and Computing) ? Motivations politiques ? : campagnes électorales). Les prestataires se questionnaient également sur les délais de remboursement. En effet, ils avaient eu une mauvaise expérience de collaboration avec l'État : absence ou retard de remboursement des prestations pour les mécanismes sociaux de gratuité préexistantes.

« ... indigent là, c'est un fonds que l'état a... il y a un budget par rapport à ça. Et vous savez, on envoie... nous par exemple... quand... sur le financement communautaire on va prendre en charge les malades, on va faire tout et tout on envoie là, ça fait un an, deux ans avant qu'on envoie l'argent, le remboursement. Le remboursement là, on ne va pas tout rembourser, le reste là, on ne sait pas là où ça part. donc ça pose un problème... entre-temps j'étais allé à l'hôpital de zone de SAKETE ils m'ont dit que vraiment indigent là a tué leur hôpital et jusque-là l'état n'a pas encore envoyé les fonds. Donc ça pose un problème. Ils doivent des millions au CHDO ». (P3OP)

- Absence de formation des prestataires : l'absence de formation des acteurs (prestataires de soins, assistants sociaux) avait également été signalée.

- Structure organisationnelle non opérationnelle : tous les participants s'accordaient à dire que le processus n'était pas fonctionnel. En effet, les outils de prise en charge n'étaient pas disponibles et les prestations n'étaient pas offertes aux populations. Il y avait un retard dans la réception des cartes. De plus, la majorité des cartes n'étaient pas disponibles (non remises aux bénéficiaires) et on observait une absence de fréquentation des centres par les bénéficiaires. Par ailleurs les consommables et médicaments pris en charge par le RAMU n'étaient pas disponibles dans les centres. Ceci a eu pour conséquence un découragement des adhérents qui étant à jour de leur cotisation n'avaient pas pu bénéficier des prestations.

- Prestations de mauvaise qualité : certains adhérents dénonçaient l'accueil de mauvaise qualité (renvoi) dont ils étaient victimes comparativement aux patients pris en charge normalement (ceux qui n'ont pas de cartes).

« Si tu n'as pas l'argent pour leur servir de quoi la maison va vivre là, ce n'est pas la même chose. S'ils savent que c'est la carte de pris en charge que tu as amenée, ce n'est pas la même chose ». (P2OP)

D'autres par contre n'avaient pas le courage d'aller se présenter dans les centres avec leurs cartes par crainte d'être rejetés ou de ne pas bénéficier de prestations de qualité.

- Difficultés liées à l'utilisation des cartes : impossibilité d'utiliser sa carte RAMU dans des hôpitaux hors de sa zone d'enregistrement.

« C'est que quand tu payes leurs frais de chaque année-là, c'est que tu vas dans ton hôpital de zone pour être soigné... Si quelque chose se passe ailleurs là, c'est qu'il faut l'intervention des autorités de ta commune d'abord pour qu'ils te prennent en charge... J'en ai entendu parler, quelqu'un est allé et moi-même, ma vieille aussi était indisposée, on a fait tous ces trucs-là, ils ne nous ont même pas reçus... ». (B2OP)

De plus, le processus de remise des cartes était difficile (information insuffisante sur les cartes).

« Les cartes étaient venues à mon niveau entre-temps et les intéressés ne sont pas venus parce que sur la carte il y a eu un peu de manque d'information. Il n'y a pas de numéro de téléphone au moins pour contacter ces gens pour leur dire de venir chercher leurs cartes, il n'y avait pas d'adresse sur la carte non plus c'était nom et prénom seulement... Donc les cartes étaient restées là et j'ai appelé ceux qui sont venus déposer et après, ils

sont venus chercher leurs cartes... sur 100 et quelques cartes, je n'ai remis que 3 cartes donc ils ne sont pas venus, trois personnes seulement sont venues chercher leurs cartes ». (P2OP)

Manque de confiance de la population envers les responsables de la mise en œuvre : on objectivait une perte de confiance aux initiatives de l'État (corruption, favoritisme des proches des prestataires, promesses non tenues, manque de communication). Ceci a eu pour conséquences un désintéressement et un découragement de la population envers le RAMU. En effet, on observait un découragement des premiers adhérents qui avaient payé les frais d'adhésion, mais n'avaient pas pu bénéficier des prestations. Aussi, la population n'avait pas confiance en la volonté du nouveau gouvernement à aider réellement la population.

« ... ils ne respectent pas leur promesse ce qui amène la population à ne plus faire confiance aux organisations de l'état. La dernière fois ils sont venus parler du RAMU, normalement après deux semaines ils devaient revenir voir comment cela se passe sur le terrain, mais depuis trois ans on n'a plus entendu parler d'eux. Ceci montre qu'ils ne sont pas sérieux et nous ne pouvons pas avoir confiance en ce qu'ils disent. Il faut juste leur demander d'honorer leur promesse ». (B1OP)

« Les premiers choisis, n'ont pas bénéficié. Donc ça donne déjà, une mauvaise image... les trucs d'État, les gens n'ont plus trop confiance. Les gens n'ont plus trop confiance parce que, quand ils vont commencer, c'est eux même qui connaissent ; c'est que c'est ceux qui sont dans les secteurs là, c'est ceux-là qui bénéficient plus ; parce que celui qui est là en tant que médecin en chef, il va faire que ces cousins ses cousines, c'est que c'est ceux-là qui vont bénéficier ce qui est à tout le monde ou à une couche donné et c'est ceux qui ne sont pas dignes d'être bénéficiaires qui vont bénéficier parce qu'ils une opportunité de personne là ». (B2OP)

- **Thèmes émergents**

- Absence de cadre législatif : la mise en œuvre avait démarré bien avant l'adoption de la loi portant institution du RAMU.
- Structures de gestion insuffisantes : il n'y avait pas de structures décentralisées de gestion. Par exemple, les agences départementales n'avaient pas été créées.

« À un moment donné, je crois qu'il y a eu le RAMU au niveau national, l'ANAM au niveau national, normalement il doit avoir les ADAM au niveau départemental, il doit

avoir la CAM, mais franchement c'est resté au niveau ANAM... les structures décentralisées n'ont pas été mises en place, c'est toujours resté au niveau départemental... c'est le niveau national qui est partout... partout. Ils ne pourront pas tout faire... ». (PIOP)

- Précipitation dans le processus de mise en œuvre : selon tous les acteurs, les modalités de mise en œuvre étaient inadéquates (précipitation).

- **Facteurs facilitants**

- **Thèmes du modèle théorique**

- Bonne perception du RAMU : tous les participants avaient déclaré que l'assurance maladie était une bonne initiative et qu'il était nécessaire de la mettre en place.
- Forte volonté politique : il était notifié une forte volonté de l'État à mettre en œuvre le processus. Par contre, certains sont réticents quant à la réelle volonté du nouveau gouvernement en place à assurer la continuité du processus.
- Bonne capacité de mobilisation des ressources : selon certains prestataires, les ressources avaient été mises à la disposition des responsables.
« Ils ont mis des ressources à disposition, tous ceux qui étaient là étaient véhiculés, ils avaient des bureaux assez mieux équipés que mon bureau... je crois que les dirigeants avaient mis à leur disposition les moyens ». (PIOP)
- Forfaits proposés : selon tous les participants, les frais d'adhésion et de cotisation étaient raisonnables en rapport avec la capacité économique des ménages et le paquet de services offerts.

6-3-1-3- CAS 3 : Zone sanitaire Bassila

- Obstacles

• Thèmes du modèle théorique

- Forte politisation du processus : il y avait selon les acteurs (responsables, prestataires) une politisation du processus.

- Absence de mobilisation des ressources

« Entre-temps ils étaient en période d'essai, tel qu'ils avaient pris la chose là, nous on savait qu'ils étaient en période d'essai, parce qu'eux même ils n'étaient pas sûrs que la chose allait marcher, puisqu'ils n'avaient pas mis les ressources nécessaires à la disposition des soignants. Tout n'était pas au complet avant qu'ils ne démarrent l'activité. Donc ils n'étaient pas sûrs d'aller au bout ». (PIAD)

- Mécanismes d'information et de communication inadéquats : il s'agissait, selon les participants, plus d'un tapage médiatique que d'une réelle stratégie d'information et de communication. Les campagnes de sensibilisation et d'information ne ciblaient pas spécifiquement les prestataires de soins ou la population. Ainsi toutes les couches socioprofessionnelles n'étaient pas atteintes. De plus les acteurs locaux n'étaient pas associés au processus de sensibilisation de la population.

« Quand on parle d'information, ce n'est pas seulement les médias, il faut absolument dire aux prestataires, ce qu'ils doivent faire. Il faut absolument leur dire ce qu'ils doivent faire il faut les associer, ça n'a pas été fait. Des artistes qui ont fait des tapages et tout ça là, mais le commun des villageois comment il peut comprendre... Ce n'est pas que les médias, non, il y a eu partage médiatique, mais les acteurs, la prise en charge comment ça va se faire, la production des pièces, le remboursement à quel rythme, c'est de la communication aussi... ». (GIAD)

- Absence d'implication des acteurs locaux

« J'ai dit personne ne m'a appelé nulle part pour me parler de quoi que ce soit. On nous a dit qu'il y aura assurance maladie et c'est ça ; on viendra tel jour enrôler telle et telle catégorie de personne. Ils ont débarqué dans le centre, ils sont venus c'est des gens, je n'ai pas eu de problèmes avec eux. C'est des gens, des personnes gentilles, ils sont venus, on a gongonné, la population est sortie. Ils sont allés les emballer c'est tout. Moi on ne m'a pas fait part de quoi que ce soit ». (P3AD)

- Acteurs impliqués dans la mise en œuvre non qualifiés : il se posait la question de la compétence des acteurs impliqués dans la mise en œuvre à cause des modalités de mise en œuvre : mauvaise organisation, absence de communication et d'information des acteurs clés sur le processus, absence de formation des prestataires, modalités de gestion, de communication et de sensibilisation non clairement définies.

- Absence de mécanisme de suivi et de contrôle

« ... nous à notre niveau, nous avons joué notre rôle. Maintenant niveau hiérarchie par la zone, je ne sais pas s'ils ont peut-être une contribution ou bien un rôle, mais j'ai l'impression qu'il y a abandon ça veut dire que les autres n'ont pas apporté leur contribution pour la réussite. Ils nous ont obligés nous autres à faire, c'était de notre devoir, mais par la suite, on ne sait pas ce que cela est devenu, il n'y a pas eu de suivi ». (P2AD)

- Absence de remboursement des prestations : tous les acteurs dénonçaient l'absence de remboursement des prestations qui avaient des répercussions sur le fonctionnement des formations sanitaires. Le processus avait alors été suspendu.

« Le remboursement a posé quelques problèmes, parce que vous connaissez un peu aussi les lenteurs administratives et surtout financières... ils ne sont pas encore remboursés ça fait du manque à gagner pour la suite de prise en charge et donc des problèmes de renouvellement de tout ce qui est matériel, médicament de prise en charge... Une structure qui vit de sa recette doit s'épanouir, doit mettre en place... ou même recruter, payer des acteurs, s'ils ne couvrent pas les créances, c'est difficile de faire face à certaines charges, donc du coup certains directeurs pouvaient être réticents, parce que s'ils ne sont pas remboursés, ils ne pourront pas payer les salaires... les charges et autres ». (G1AD)

- Communication insuffisante entre prestataires de soins et responsables de la mise en œuvre : l'absence de communication entre prestataires et responsables de la mise en œuvre avait eu pour conséquences une déception des prestataires de soins (préoccupations non prises en compte). Les prestataires de soins étaient livrés à eux-mêmes pour la mise en place du processus.

« Est-ce qu'on les a revus même après la formation, c'est pourquoi je dis que ça a échoué. Donc ça veut dire qu'il n'y a pas de communication, il n'y a pas eu vraiment suivi donc ça a échoué... on ne les a pas revus. La communication est inexistante ». (P2AD)

➤ Absence de motivation des prestataires

« ... d'abord en son temps le, le personnel n'était pas motivé il n'y avait pas de motivation au niveau du soignant donc tout ça là a fait que... nous on leur a, nous on leur a détaillé tout ça la, mais ils n'étaient pas d'accord... Ils ont dit que tout ça la fait partie de ce que nous recevons comme salaire c'est ce qu'ils nous ont dit... rien n'était prévu hein, non rien n'était prévu si j'ai bonne mémoire rien n'était prévu en son temps ». (PIAD)

➤ Manque de confiance des prestataires envers les responsables de la mise en œuvre :

les prestataires étaient méfiants envers les responsables. Certains se questionnaient sur la transparence du processus (arnaque ?). D'autres étaient réticents à adhérer à cause de la mauvaise expérience de collaboration existante entre les formations sanitaires et l'État. En effet, il existait une expérience de non-remboursement des prestations par le gouvernement (mécanismes sociaux de gratuité pré existant). D'autres encore percevaient les responsables de la mise en œuvre comme malhonnêtes (intérêts personnels prioritaires), ceci pouvant avoir des répercussions sur la réussite d'une initiative bénéfique pour la population.

➤ Formation insuffisante des prestataires :

tandis que la plupart des prestataires disaient avoir été formés, d'autres déclaraient le contraire. En effet, les prestataires opérant dans les centres reculés n'avaient pas pu avoir accès aux formations. Ils ne pouvaient donc pas prendre en charge les adhérents.

➤ Motivations personnelles des prestataires :

selon les bénéficiaires, les principaux obstacles à la mise en œuvre étaient les prestataires de soins. Ils étaient réticents à prodiguer des soins gratuitement. Il a été notifié des cas de tentative de corruption des bénéficiaires par certains prestataires pour frauder. Ainsi, selon certains bénéficiaires, les résistances de certains prestataires à prodiguer les soins seraient causées par le risque de démantèlement de leurs réseaux de fraude (vente illicite de produits aux patients dans les hôpitaux par les prestataires) et de rançonnements.

« Quand tu regardes, c'est des jeux ils font ; parce que dans les hôpitaux comme les petits centres comme ceci là, parmi eux là, eux aussi ils mettent des produits. Quand peut-être il y a rupture ou bien quoi là on dit d'attendre d'abord ou bien ils ne sont pas allés chercher, eux-mêmes profitent et ils vendent leurs produits et en ce moment, ils ne

peuvent pas prendre les produits pour remplacer. Donc si ça marche là ça ne va pas les arranger. Moi j'ai vu que ça ne les arrange pas parce que là quelqu'une quitte la garde elle sait combien elle a gagné dans les deux jours-là et sans toucher même son salaire... alors que la pharmacienne est là, ce qu'elle va prendre après la garde, peut-être c'est quelque chose de 60 000 milles à 100 000 milles et on va dire qu'avec RAMU elle ne va même pas trouver 5 f pour ramener à la maison, donc, et en ce moment ils sont comme ça, ils sont fermés entre eux ». (B2AD)

- Structure organisationnelle non opérationnelle : Bien que le processus ait été fonctionnel durant un moment dans certains centres (sensibilisation, communication et information des populations, formation et sensibilisation des prestataires de soins, prise en charge des assurés, facturation), il a été suspendu par la suite. Les prestations n'étaient plus offertes à certains adhérents à jour. Les ressources matérielles n'étaient pas disponibles dans les formations sanitaires (médicaments+++). Dans les centres plus reculés, la mise en œuvre n'avait pas démarré (aucune prestation offerte, outils de prise en charge non disponibles, indisponibilité des médicaments ou autres produits. Ainsi, les bénéficiaires n'avaient bénéficié d'aucune prestation malgré qu'ils aient souscrit et soit en possession des cartes RAMU. Ceci a eu pour conséquences un découragement et une perte de motivation de la population.
- Prestations de mauvaise qualité : les bénéficiaires objectivaient une différence de considération entre les personnes qui payaient normalement et eux. Ils étaient découragés par le mauvais accueil et le manque de considération qu'ils subissaient. Certains préféraient faire des prêts et payer pour se faire offrir des soins de qualité.
- Difficultés d'utilisation de la carte RAMU : il était impossible d'utiliser sa carte RAMU dans des hôpitaux hors de sa zone d'enregistrement.
- Distance géographique des formations sanitaires agréées : le RAMU n'était pas disponible dans les petits centres de village à proximité des bénéficiaires. Il fallait parcourir de longues distances, onéreuses, pour bénéficier des prestations.

« Quand on leur a remis la carte, ils leur ont dit de, si éventuellement ils veulent se faire soigner d'aller à Bassila, c'est-à-dire d'aller à 60 km d'ici. Mais 60 km d'ici pour un paysan, il faut louer une moto aller-retour 8000F ou 10 000 F pour aller se faire

soigner. Les quelques rares personnes qui sont parties quand même ont compris que c'est compliqué parce que pour un simple paludisme que nous traitons avec 2000f ici, il faut d'abord prendre zémidjan à 7000 F pour aller-retour et se faire soigner. Et ils ont constaté qu'à l'hôpital la plupart des produits qu'on te prescrit on te dit va acheter dehors, il n'y a pas ça, c'est ce que l'hôpital a qu'il te sert. Le reste des produits tu dois aller acheter dehors... Ceux quand même qui ont été enregistrés pour le RAMU, en tout cas plus de 90 % n'ont pas eu gain de cause. Quelques rares personnes sont allées à Bassila se faire soigner et encore ils ont regretté parce qu'ils ont beaucoup dépensé d'abord pour le transport et le reste je ne peux pas citer ». (P3AD)

- Manque de confiance de la population envers les responsables de la mise en œuvre : les résistances à l'adhésion de la population étaient causées par le manque de confiance de la population en l'effectivité de la mise en place du RAMU. Ces doutes ont été exacerbés lorsque les premiers adhérents n'avaient pas pu bénéficier du RAMU. Cela avait eu comme conséquence un découragement de la population qui n'était plus prête à adhérer. Les acteurs du secteur formel étaient également réticents à adhérer parce qu'ils ne maîtrisaient pas les modalités de leur participation. En effet, le pourcentage des primes n'était pas clairement défini.

- **Thèmes émergents**

- Absence de cadre législatif
- Absence de création de structures de gestion décentralisées : l'absence de mise en place ou de fonctionnalité des structures décentralisées avait entraîné des difficultés d'information et de communication.
- Formations sanitaires mal équipées : ressources matérielles (consommables, médicaments, etc...) pour rendre le processus fonctionnel indisponibles.

« ... Si vous-allez là-bas pour le RAMU si vous dépenser 1500 f pour la consultation, tout le reste vous allez à la pharmacie payer donc il n'y a rien dans le centre comme médicament pour le compte de RAMU donc c'est à la pharmacie qu'il faut aller payer... on dit gratuité et on cotise et après c'est pour aller payer après on vous facture plus de 70 mille pour payer alors que ce n'était pas cela qui est prévu donc c'est ça. Les gens parlent et ce qui se passe n'est pas réel donc ça décourage les gens et les gens disent que le RAMU il faut laisser et rester dans la pauvreté, voilà... ». (B3AD)

- Absence d'implication des mutuelles de santé : l'absence d'association des mutuelles de santé au processus de mise en œuvre du RAMU avait eu d'importantes conséquences sur l'adhésion de la population. En effet, celle-ci était très familière aux mutuelles de santé et ne percevait pas les avantages liés à l'adhésion au RAMU.
- Précipitation dans le processus de mise en œuvre : selon certains participants, des étapes auraient été brulées. Les modalités de mise en œuvre seraient donc inadéquates.

- Facteurs facilitants

• Thèmes du modèle théorique

- Forte volonté politique : selon certains bénéficiaires, le gouvernement d'alors avait réellement la volonté de mettre en place le RAMU.
- Forfaits proposés : les frais d'adhésion et de cotisation étaient raisonnables aux dires de tous les participants.
- Perceptions du RAMU : tous les participants s'accordaient à dire que la mise en place de l'assurance maladie était une bonne initiative.
- Modalités d'information et de communication : selon les bénéficiaires, les mécanismes de communication adoptés étaient adéquats. En effet, dans ces zones reculées la communauté avait adopté une stratégie efficace de communication pour faire passer l'information. Les agents du RAMU avaient donc profité de ce dispositif pour faire la communication sur le RAMU.

« Au fait au niveau de la sensibilisation, ce n'est pas eux qu'il faut féliciter... par exemple ce petit centre a plus de 44 relais communautaires. L'information ne souffre pas, si on veut organiser quelque chose, l'information passe en un clin d'œil. Nous sommes en réseau par le biais d'un projet, du PIC, ENCRE et autre... On nous a installé des relais dans chaque village. Si je veux informer tous ceux de l'arrondissement, en moins de 24 h tout le monde sera informé. Donc c'est comme ça quand on nous transmet une information comme l'histoire d'enrôlement du RAMU là, on prend nos androïds en

même temps et on appelle le relais communautaire. Nous sommes en réseau, en réseau internet avec tous les relais là. On a une information, on peut envoyer un message rapidement, ça passe et tout le monde est informé. Donc c'est comme ça l'information est passée ». (P3AD)

- Culture locale : selon la plupart des participants, la culture de la région nord du pays favoriserait plus la réussite des mécanismes sociaux de gratuité comparativement à la région sud (sud : abus, fraudes, rançonnements, détournements, intérêts personnels au détriment du bien-être des personnes souffrantes). En effet il existerait un sentiment d'entraide et de charité prononcé dans cette région. Ainsi il n'y avait pas de résistances au niveau de la population. Elle voulait adhérer, mais la mise en œuvre a connu des difficultés et le processus a été suspendu.

« ... Je vais vous donner un exemple de la gratuité de la césarienne qui a été une bonne initiative... j'ai constaté personnellement que c'est au Nord seul que la gratuité de la césarienne a été une réalité parce que moi-même j'ai été césarisée, je n'ai rien payé. J'ai constaté qu'au sud, si tu as une femme à césariser et tu n'as pas moins de 500 000 F à dépenser. Pourquoi ? Les gens trouvent toujours quelque chose à créer, ou je ne sais si c'est du vol ou quoi ? Moi j'ai des gens qu'ils ont césarisés à 70 000 F ou 120 000 F comme ça. Maintenant ils essaient quand même de créer une situation... ». (P3AD)

- **Thèmes émergents**

- Expérience des mutuelles de santé : l'habitude de cette population à utiliser les services de mutuelles de santé aurait facilité l'adhésion au RAMU qu'ils estimaient comme ayant une meilleure offre de service (nationale).

« Oui les gens voulaient que ça marche, parce que les gens ont pris ça comme les mutuelles de santé là. Donc les gens ont vu que quand comme ils le faisaient dans le centre de santé, ça marchait donc si c'est cela alors c'est meilleur parce que même si c'est loin avec ta carte si on te voit sur la voie on te sauve ». (B3AD)

6-3-1-4- CAS 4 : Zone sanitaire Nikki-Kalalé-Pèrèrè

- **Obstacles**

- **Thèmes du modèle théorique**

➤ Forte politisation du processus : la forte implication politique dans le processus de mise en œuvre avait entraîné des résistances au niveau des acteurs. En effet ceux-ci s'interrogeaient sur les réelles motivations de l'État (motivation politique ?). On observait également des résistances de la part des acteurs politiques (de l'opposition). Selon certains participants, même si l'initiative était bonne, les opposants politiques faisaient tout pour faire échouer le processus. Ils étaient de mauvaise foi et préféraient que l'initiative soit leur apanage.

➤ Absence d'implication de tous les acteurs concernés dans le processus : des résistances avaient été causées par l'absence d'implication des acteurs clés (acteurs du terrain) dans le processus d'élaboration et décisionnel. Il s'agissait surtout de la mise à l'écart des mutuelles de santé locales.

« Les acteurs qui devaient être impliqués ne l'ont pas été surtout, l'implantation du RAMU est partie sur la base des mutuelles qui existaient. Et le lancement a été fait à Nikki ici parce qu'après avoir fait l'évaluation, ils ont vu que c'est dans la zone sanitaire de Nikki, kalale, Perere qui a eu vraiment une bonne initiative de RAMU qu'il y a eu des adhésions. Mais au moment maintenant de lancer, on devait se baser sur l'initiative des mutuelles, et les mutuelles pratiquement ont été mises de côté... si on passe sur les données des mutuelles, on aurait pu avoir vraiment, ce qui est réaliste... ils ont suivi aussi toutes les formations avec nous, on les appelait un peu partout et ils étaient d'accord maintenant leurs problèmes, eux ils pensaient que l'État allait les subventionner et c'est eux qui devaient être devant, c'est-à-dire qu'eux, ils allaient être comme des prestataires de l'état. Mais au finish, ils ont vu que l'état les a laissés de côté donc l'état est devenu leur concurrent. Sinon ils ont été associés même les documents les échanges comment on va faire à toutes les étapes, on les a invités, mais au moment de la mise en œuvre, vraiment, on ne les associait plus. Que ça soit le recensement des indigents, l'enrôlement, la prise en charge donc eux ils faisaient leur prise en charge, l'État faisait sa prise en charge RAMU ». (GIAB)

« Bon, sinon en réalité tel que c'est venu, je dirai que... c'est mal venu. C'est très mal venu parce que chez nous on dit que quand tu viens dans une localité en tant qu'étranger, cherche quand même un autochtone, un autochtone pour te montrer comment ça se passe ici. Donc selon moi, ça n'a pas été fait. Parce que, si c'était fait... parce qu'il y avait des structures qui travaillaient dans ce sens. Bon, en son temps, je ne pensais pas qu'ils se sont approchés de ces structures-là. Parce que ces structures existaient et ça marchait. Ça marchait bien. En son temps qu'ils venaient, ils devraient se rapprocher des autres et faire pour que ça marche. Ils ont voulu faire pour eux... » (B3AB)

De plus, pour ce qui concerne l'adhésion des acteurs du secteur formel, les partenaires sociaux n'avaient pas été associés (syndicalistes). Ceci avait causé de vives résistances de la part de ceux-ci.

- Mauvaise collaboration entre les responsables de la mise en œuvre : il existait une mauvaise communication entre les acteurs responsables.

« Il n'y a pas eu une bonne communication hein parce que d'abord les gens, c'est quand ils sont prêts, ils vous descendent dessus pour dire « tous travaux cessant » vous vous laissez de côté, ce que vous avez dans votre planning ce qui n'est pas normal or chacun a un plan d'action donc comme eux, ils sont au niveau national, ils se disent que bon, maintenant, ils ont le financement, ils ont le temps, puis ils vous tombent dessus ça fait que bon, on travaille avec ce qu'on a trouvé de sorte qu'on n'arrivait pas à avoir une disponibilité à 100 % ». (G1AB)

- Gestion centralisée du processus : on objectivait une forte centralisation du processus par l'ANAM. Selon certains prestataires, la gestion était verticale avec des ordres sans consultation préalable des préoccupations des acteurs du terrain.

- Mécanismes d'information et de communication insuffisants : selon la majorité des participants, l'information et la communication autour du RAMU étaient inadéquates (tapage médiatique). Les mécanismes de sensibilisation étaient défaillants (ponctuels, arrêt brusque), ce qui avait eu pour conséquence un manque d'intérêt de la population pour le RAMU. Bien que certains acteurs saluaient l'implication des leaders locaux dans le processus de sensibilisation, d'autres estimaient qu'il était essentiel d'associer également les prestataires de soins.

« ... il y a une erreur, une grosse erreur souvent que les gens commettent, c'est vrai on dit d'associer les élus locaux d'accord, mais les premières personnes qu'il faut aussi impliquer, c'est les agents de santé... ». (P3AB)

- Mauvaises stratégies d'identification des indigents

« Le recensement par exemple des indigents, les mutuelles qui étaient déjà en place connaissent déjà à peu près les familles qui sont démunies, qui n'arrivaient pas à faire leurs cotisations et si on partait avec eux, ils auraient déjà pu nous aider à essayer de savoir qui est indigent et qui n'est pas indigent. On est parti sur la base que les indigents doivent être recensé par les élus locaux ; c'est là où ça a faussé la base. C'est vrai les élus locaux on ne peut pas les mettre de côté, mais on devait aller en synergie avec les mutuelles, agents de santé, mutuelles de santé et les élus locaux... Maintenant, le

recensement est parti sur la base des élus locaux seulement. Donc c'est biaisé et certains acteurs ont été mis de côté... ça a causé vraiment des résistances, puisque les élus locaux, eux ils vont vouloir tirer le drapeau de leur côté, donc c'est pourquoi je dis que c'est biaisé ». (G1AB)

➤ Absence de remboursement des prestations

« ... les agents de santé, beaucoup étaient trop réticents parce que le paiement jusqu'à aujourd'hui ça n'a pas été remboursé, c'est comme si c'est un truc en l'air comme ça, les gens n'ont pas cherché à rembourser pendant toute une année donc ça a découragé de sorte que même des fois, c'est moi-même qui fait pression sur mes agents pour dire « non quel est votre problème, prenez en charge les gens » sinon si je ne suis pas là, ils sont réticents, ils sont découragés, ils administrent les soins, mais en retour, ils ne sont pas remboursés. Tu fais ça pendant 2, 3 mois tu ne seras pas motivé, or les mutuelles, chaque fin du mois, on fait le point et ils vont faire leurs versements à la CLCAM ». (G1AB)

➤ Mécanismes de suivi inexistant

« ... Parce qu'ils ont même envoyé des gens pour les enregistrer entre-temps et ils ont été enregistrés. Ils sont restés à la mairie là, ils ont enregistré les gens, ils sont allés à Kalalé, ils sont tous partis à Perere ils ont enregistré, mais jamais jusqu'à ce jour, aucune carte. Il n'y a pas eu de feedback ». (P2AB)

« Depuis qu'ils ont lancé, je n'ai jamais vu personne pour dire qu'il va venir voir comment ça se passe sur le terrain, s'il y a eu des difficultés, non. Personne n'est venu ». (P4AB)

➤ Formation insuffisante des prestataires de soins : les prestataires se plaignaient d'un manque d'information sur les modalités de mise en œuvre du processus. Ceci serait dû à une formation insuffisante sur le RAMU. Ce manque d'information, d'implication des prestataires avait causé des réticences de la part de ceux-ci à adhérer au processus.

« Ils sont juste venus comme ça et ont mis les outils à notre disposition et puis paf ! ils ont dit que pour le reste nous pouvons nous référer au bureau si on avait d'éventuels problèmes ». (P1AB)

« ... je vous jure que nous aussi, même ici, en tant qu'agent de santé beaucoup n'ont pas maîtrisé le concept, il faut qu'on se dise la vérité ». Beaucoup n'ont pas maîtrisé le concept ». (P3AB)

➤ Communication insuffisante entre prestataires et responsables de la mise en œuvre

« Quel genre de collaboration ? Les mots d'ordre ?... Hé hein ! Si c'est les mots d'ordre, bon, sinon quel rapport nous... Non, non il n'y a pas de... ça vient, c'est sens unique. Ça là, le médecin coordonnateur reçoit les consignes, il nous transmet les consignes et nous on ne fait qu'appliquer. Nous on ne fait qu'appliquer les consignes données par le haut... Qui va t'écouter, est-ce qui y a une ouverture pour ça ? Il n'y a pas une ouverture pour dire voilà ma proposition. On vient, on vous dit ce qu'il faut faire, voilà c'est ça... ». (P3AB)

- Manque de confiance des prestataires envers les responsables de la mise en œuvre : la majorité des prestataires se questionnaient sur les modalités de remboursement des prestations. En effet il existait une mauvaise expérience des formations sanitaires avec les mécanismes sociaux de gratuité initiés par l'État. On observait une absence ou un retard de remboursement des prestations offertes pour diverses raisons (lenteur administrative, cas de fraudes et d'abus...).

« ... par rapport au remboursement peut-être, parce que nous, nous fonctionnons sur les fonds propres. Donc si on n'est pas remboursé à temps ça va bloquer notre fonctionnement comme c'est le cas aujourd'hui avec les politiques de gratuité, où les remboursements ne se font pas à temps et du coup, on a du mal à renouveler nos stocks... on a beaucoup de créances de la part de l'État et nous aussi on a des dettes pour les fournisseurs, on n'arrive pas à rembourser parce que quoi qu'on dise il faut que l'hôpital continue par tourner donc on s'approvisionne, mais on arrive pas à rembourser... parce qu'aujourd'hui... les gens seront réticents, avec la situation qui se passe aujourd'hui par rapport aux politiques de gratuité je crois que les dirigeants des structures sanitaires seront réticents à adhérer au RAMU donc il faut, dans leur plan de mise en œuvre là, qu'ils nous disent comment ils pensent gérer... ». (P1AB)

- Opérationnalité de la structure organisationnelle : bien que la première carte RAMU ait été délivrée à Nikki, tous les participants s'entendaient sur le fait que le processus n'était pas fonctionnel. Seule une participante a pu bénéficier des prestations, mais il s'agissait d'une personne indigente et les soins avaient été prodigués en l'absence de la carte. En effet, il avait été observé un retard dans l'émission des cartes et même la non-disponibilité des cartes après l'enrôlement (non-réception des cartes par les adhérents).

« Bon, depuis on n'a rien eu, c'est l'enregistrement là seul qu'on a fait... on a tout payé et après ils ont dit que les cartes vont arriver et c'est quand les cartes vont venir qu'on pourra utiliser les cartes pour aller dans les centres, mais les cartes ne sont pas arrivées donc c'est resté comme ça. On a réclamé ça, mais personne ne savait où se trouvaient les cartes. Donc c'est comme ça nous sommes restés comme ça dans le noir depuis des années. On s'est dit que peut être c'est des gens qui se sont formés pour venir nous arracher nos petits sous on ne sait pas et sont venu au nom du gouvernement donc nous

sommes restés comme ça... on s'est tu donc la prochaine fois, s'ils viennent on saura que c'est un banditisme ils veulent faire ». (B1AB)

Ceci avait causé un découragement des assurés. On observait alors une absence de fréquentation des centres par ceux-ci. De plus, certains adhérents n'étaient pas pris en charge malgré le fait qu'ils étaient en possession de leurs cartes. Selon certains bénéficiaires, seuls les indigents ont pu bénéficier du RAMU.

« Moi, chez moi j'ai eu la carte. Ça n'a pas pris de temps... C'est ça je dis. Ça ne m'a pas pris en charge. Je n'ai pas bénéficié des prestations de, de... c'est même expiré ! Haha ha... avant quand j'étais allé, on a dit que ça n'a pas commencé... On me donne la carte, je suis prêt à aller là-bas et on me dit qu'ils attendent ça, comme ça... Qu'eux, ils attendent ça, comme ça, mais ils n'ont pas eu des instructions ! de rien jusqu'à expiration... suis reparti plusieurs fois, mais.... C'est non jusqu'à l'expiration de la carte... bon, ceux-là que vous allez voir c'est des indigents qui ont bénéficié. Bon si vous regardez-là, vous allez voir que ce sont tous des... à part les indigents personne n'a plus bénéficié de ça ». (B3AB)

- Manque de confiance de la population envers les responsables de la mise en œuvre : la population avait plus confiance aux mutuelles de santé auxquelles elle est plus habituée que le processus du RAMU qui semblait trop compliqué.

« ... au moment où le RAMU se passait, il y avait des mutuelles qui étaient en place, finalement on a constaté que les mutuelles étaient moins chères par rapport au taux que le RAMU a fixé. Au moment où les mutuelles étaient à 200, je crois qu'avec RAMU c'était 1 000 F par mois de sorte que les gens ont préféré rester vraiment dans leur truc de mutuelle... Moi j'ai eu des adhérents par exemple de mutuelle, j'ai eu des adhérents RAMU, ils ont leur carte, mais ils n'ont jamais utilisé. Ils ont préféré continuer avec leur mutuelle parce que c'est plus proche d'eux, de sorte que j'ai vu qu'ils n'ont pas perçu l'importance vraiment du RAMU, ils continuaient de se faire prendre en charge par les mutuelles... Certains ont dit qu'il y a trop de complication par rapport au RAMU, donc ils étaient déjà habitués à la prise en charge par rapport aux mutuelles. C'était plus facile pour eux... ils préférèrent leurs mutuelles, alors que RAMU c'est gratuit ». (G1AB)

Les adhérents se questionnaient sur la réelle disponibilité des produits dans les centres (consommables, médicaments...). Certains ne comprenaient pas le fonctionnement du RAMU. Ainsi ils préféraient la mutuelle locale par rapport au RAMU. De plus l'échec de la mise en œuvre du RAMU (cas d'adhérents à jour, mais prestations non offertes) avait accru le manque de confiance de la population envers le RAMU. Il en était résulté un manque d'intérêt de la population pour le RAMU.

« Je peux dire que l'échec de l'enregistrement dans cette commune c'est un facteur favorisant pour les gens parce qu'ils sont déjà dans la mutuelle de santé pourquoi aller encore dans l'affaire de gouvernement où on ne sait pas si c'est vrai ou si c'est faux. Les gens ont préféré traiter avec le surplace et c'est ça qui a fait que... ». (P3AB)

- **Thèmes émergents**

- Absence de structures décentralisées

« Il faut dire que les structures vraiment en place n'ont pas vraiment fonctionné comme ça devait. Je crois qu'au niveau national il y avait une grande structure, l'agence qui devait avoir ses démembrements au niveau départemental ensuite au niveau, communes, des zones sanitaires, des arrondissements, c'est resté sur papier et je crois qu'ils ont fait les installations, jusqu'au niveau, je crois, départemental, mais le reste n'a pas suivi. Et ces structures qui ont été installées au niveau départemental, est-ce qu'ils ont eu un fond de fonctionnement, rien, sans un fond de fonctionnement ça ne peut pas marcher, donc c'est la structure nationale qui reste là-bas, qui descend pour faire les activités... ». (GIAB)

- Formations sanitaires mal équipées : les ressources matérielles étaient insuffisantes dans les formations sanitaires (ambulances+++).

« ... Bon il y a aussi le problème de l'équipement des centres de santé, les centres de santé devaient disposer des ambulances ou bien les hôpitaux, parce que l'évacuation des gens qui sont enrôlés devait être gratuite ça aussi ce n'est pas suivi, il n'y a pas d'ambulances qui ont été mise en place pour aller chercher les malades un peu partout qui sont enrôlés donc ça aussi, ça fait partie des insuffisances ». (GIAB)

- Résistances des mutuelles de santé locales : il existait une certaine concurrence avec les mutuelles de santé locales qui avaient des frais d'adhésion et de cotisation plus abordables. Ceci avait constitué un frein à l'adhésion des populations au RAMU. De plus, il était observé des résistances des mutuelles de santé vis-à-vis du RAMU, car elles n'avaient pas été impliquées dans le processus. Elles percevaient le RAMU comme une menace à leur viabilité.

« ... en son temps, on leur avait dit qu'ils ne vont pas disparaître totalement, ils vont toujours exister, parce que leur premier problème c'était ça. C'est tout comme si quand le RAMU va arriver... et c'est pourquoi ils auraient battu la campagne contre ça d'une manière sourdine ». (P3AB)

- Précipitation dans le processus de mise en œuvre

« Je crois que les choses n'étaient pas vraiment même bien réfléchies, il y avait certaines choses qui manquaient, sinon la façon dont les choses étaient faites c'était un peu

précipité. C'était un peu précipité parce que le gouvernement d'alors voulait coûte que coûte passer à la phase de mise en œuvre, mais les choses n'étaient pas mises en place et puis ça fait que ça a échoué ». (P1AB)

- **Facteurs facilitants**

• **Thèmes du modèle théorique**

- Forte volonté politique : la majorité des participants s'entendaient sur le fait que le gouvernement d'alors s'engageait réellement à mettre en œuvre le RAMU.

« L'État avait vraiment la volonté parce que tel que ça a commencé, et que beaucoup avaient vraiment confiance, on s'est dit que vraiment, ils veulent aller loin ». (P2AB)

- Forfaits proposés : les frais d'adhésion et de cotisation étaient abordables pour la majorité des participants.

- Perceptions du RAMU : tous les participants s'accordaient à dire que l'assurance maladie était une bonne initiative.

- Culture locale : selon les participants, il existerait une forte culture de la solidarité dans la région nord du pays. De plus, cette population avait une culture ancrée de l'utilisation des mutuelles de santé (habitudes des mutuelles de santé+++).

« Ce qui se passe au sud là, nous on ne fait pas ça au nord hein... ici vraiment, je crois qu'on est très solidaire si les gens ont un accouché si elle est dans le compte des indigents, vous allez voir, elle ne va même pas se sentir isolée ou solitaire. Tout ce qu'on va amener aux autres là, elle aura sa part jusqu'à sortir. Or à Cotonou, quand on dit grève là, c'est vraiment grève... Il faut renouveler parce qu'on se dit, que même si on ne tombe pas malade il faut être solidaire... la plupart même avaient la volonté d'adhérer... Même jusqu'à l'heure où je parle... les gens ont été même à Cotonou et je crois qu'il y a des gens de Kalale et de Nikki qui sont allés à Cotonou pour se faire enrôler... ». (P2AB)

• **Thèmes émergents**

- Expérience des mutuelles de santé : il existait une bonne expérience de collaboration avec les prestataires de soins et les mécanismes d'assurance (mutuelles de santé). Les prestataires étaient donc disposés à accompagner le processus du RAMU.

« S'il devait y avoir des résistances, c'est au niveau de l'administration et l'administration était déjà acquise en la chose puisqu'on a l'expérience de travailler avec les mutuelles de santé ». (P1AB)

De même, l'habitude de la population à utiliser les services de mutuelles de santé avait facilité son adhésion au RAMU. Certains adhérents estimaient que bien que les frais d'adhésion du RAMU soient plus élevés, il offrait un meilleur paquet de services et il était appliqué au plan national alors que les mutuelles étaient locales.

« ... parce que nous on a connu l'expérience avec la mutuelle de santé. L'expérience de la mutuelle de santé a fait qu'on reçoit des cas, des cas qui pouvaient s'évader, qui pouvaient nous échapper, qui arrivent parce qu'ils savent que s'ils viennent, qu'ils ont un pourcentage à payer et que la mutuelle va prendre le reste en charge. Ça permet la fréquentation de ces patients... on avait appris, en ce moment-là même, ils citaient la commune de Nikki comme exemple, parce que la sensibilisation n'était pas étrange pour la population parce qu'ils sont déjà habitués au système de mutualité donc ils ont vite compris ». (P3AB)

« Ça m'a beaucoup intéressé puisque moi, j'étais déjà habitué à ça. J'étais dans une structure... j'étais déjà dans la mutuelle et je connais déjà le gout de la chose. Donc si... bon, au fait l'assurance maladie était nationale. C'était national hein donc alors qu'ici la mutuelle est vraiment locale, voilà... ». (B3AB)

6-3-2- Facteurs influençant l'implantation du RAMU selon les responsables de la mise en œuvre au niveau national (ANAM)

- Obstacles

• Thèmes du modèle théorique

➤ Forte politisation du processus

« ... le problème, c'est qu'effectivement au démarrage, on avait trop politisé. C'est aussi des facteurs d'échec. On avait trop politisé l'initiative c'était une bonne initiative, mais qu'on voulait utiliser pour les campagnes électorales et ça a échoué, parce que là ça ne peut pas avoir l'adhésion de tout le monde parce que tout le monde aspire au pouvoir, et le pouvoir d'alors voulait utiliser ça donc ça ne peut pas, ça ne pouvait pas marcher. Il y avait la forte politisation ». (G2N)

➤ Ressources financières insuffisantes

« ... une difficulté conjoncturelle ; les sous c'est une disposition c'est un dispositif assez lourd, l'assurance maladie à l'échelle d'une nation, d'un pays, c'est assez lourd, c'est beaucoup de ressources pour un pays en voie de développement, pour un pays à ressources limitées ce n'est pas aisé... Oui l'État promet des financements, mais il faut les mobiliser, entre la promesse et la mobilisation il y a un fossé assez intéressant ». (GIN)

- Mauvaise qualité de la collaboration entre les différents acteurs : les intérêts divergents des acteurs auraient entraîné des difficultés de collaboration, des malentendus et des conflits mineurs entre les responsables et certains acteurs (prestataires privés, mutuelles de santé).

« ... par exemple les propriétaires des cliniques privées veulent bien que le RAMU aussi s'étende à eux, mais ils ne sont pas des philanthropes, ils veulent pouvoir bénéficier, ils veulent pouvoir faire des profits par exemple les mutuelles sociales qui étaient sur le terrain de l'assurance, mais l'assurance petits risques, la mise en place et le développement du RAMU si on ne sait pas le faire risque d'enterrer ces mutuelles sociales donc elles aussi font tout pour... pas pour que ça ne marche pas, mais ils veulent tirer le drapeau de leur côté ils veulent avoir quelque chose à faire là-dedans pour pouvoir survivre. C'est un jeu de diplomatie qu'il faut jouer et pouvoir maintenir tout le monde dans le dispositif, mais avoir en objet le cap, le focus que l'état doit offrir aux populations un accès aux soins de santé... je dirai il existe des malentendus... qu'on peut résorber au fur et à mesure qu'on avance... ». (GIN)

- Absence d'implication de tous les acteurs concernés : tous les acteurs clés n'auraient pas été impliqués à cause de l'absence du cadre législatif. En effet, les mutuelles de santé et les syndicalistes s'étaient sentis mis à l'écart.

« C'est d'abord la loi parce qu'une initiative comme ça qui n'est pas basée sur une loi qui n'est pas bien définie, c'est toujours difficile. L'absence de cette loi fait que tous les acteurs qui devraient vraiment être impliqués, installés, ça n'a pas été fait à temps. Et si tous les acteurs n'ont été pas impliqués à temps, c'est que le rôle de chacun aussi, de chaque acteur n'est pas vraiment... ne peut pas être vraiment bien défini, parce qu'il faut avoir les acteurs avant de définir leurs rôles... Par exemple, les mutuelles de santé n'étaient pas associées à la 1re phase... ». (G2N)

- Mécanismes de sensibilisation et de communication insuffisantes : il s'était posé la difficulté de mettre en place un mécanisme continu de sensibilisation et de communication à plusieurs étages pour atteindre la population surtout analphabète (manque de ressources financières). Des campagnes de sensibilisation, d'information et de communication avaient donc été menées au niveau national (agences décentralisées non encore fonctionnelles). De plus la stratégie de communication utilisée n'était pas

vraiment efficace (manque de confiance de la population envers le gouvernement d'entretemps due à la mauvaise expérience d'ICC).

- Ressources humaines insuffisantes : selon les responsables, les acteurs au sein des directions de l'ANAM auraient les compétences requises pour mettre en œuvre le processus, mais leur nombre était insuffisant.

« ... c'est-à-dire toutes les directions n'étaient pas fonctionnelles et même les directions qui étaient fonctionnelles, ne sont pas avec tous les agents qu'il faut c'est-à-dire le personnel qu'il faut ». (G2N)

- Absence de suivi du processus

« Ça a pris, mais c'est-à-dire le suivi, ça ne va pas... donc je pense que ça a démarré, mais il y a eu beaucoup d'obstacles, beaucoup d'obstacles... et actuellement il n'y a plus rien pratiquement... donc le démarrage a été difficile dans plusieurs zones. L'extension n'a pas, on n'a pas pu faire l'extension dans toutes les zones parce que pour faire l'extension, il faut du temps et de l'investissement... ». (G2N)

- Motivations personnelles des prestataires de soins : il avait été observé des résistances de la part des prestataires de soins. Ceci serait dû d'une part au contrôle des situations de fraudes, d'escroqueries et de rançonnements dans les formations sanitaires qu'aurait engendré la réussite de la mise en œuvre du RAMU. D'autre part, il s'agissait d'une demande de motivation.

« ... le gros du problème est d'empêcher le paiement direct au niveau des soins de santé au niveau des formations sanitaires donc d'empêcher la circulation des marchands au niveau de l'hôpital et évidemment, ça ne fait pas que des heureux, parce que beaucoup, il y a des gens qui basaient leur vie sur ça, c'est-à-dire qu'ils vont escroquer les patients il y a un tas de choses donc si nous réussissons le RAMU comme cela se devrait l'argent se circulera plus entre les mains de ces passants et ça, c'est un handicap de base et le RAMU était parti pour corriger ces dysfonctionnements au niveau des hôpitaux donc on ne fait pas que des heureux évidemment... des prestataires de soins les médecins, les sages-femmes et consort, ceux... ils disent que c'est une mesure sociale de plus parce qu'il y a plusieurs mesures il y a la gratuité de la césarienne il y a la prise en charge des femmes et des enfants de 0 à 5 ans donc il y a plusieurs mesures de mise en œuvre qui ont leurs outils séparés donc ils se disent qu'il y a une surcharge de travail et qu'il serait intéressant de les motiver... De les motiver, par des primes... comme un surcroît de travail il faut prévoir une motivation exceptionnelle pour leur permettre de pouvoir mieux travailler et quand je dis ça, c'est que justement, il y a qu'il faut remplir nos outils

de travail, nos outils de prise en charge et ce n'est pas facile ce n'est pas aisé c'est tout ce que je peux dire ». (GIN)

➤ Formation insuffisante des prestataires de soins

« On a formé les gens surtout dans six zones sanitaires sur tout le plan national, et par zone sanitaire à peine une trentaine de personnes a été formée or chaque zone a environ 200 prestataires qu'il faut former parce qu'il faut tout le monde. Que ce soit les médecins, les sages-femmes, les techniciens de laboratoire, les agents de recouvrement, tout ça là... les radiologues, les spécialistes. Il faut les former, tout le monde. Tous ceux qui sont dans le processus de prise en charge, ça n'a pas été le cas... ». (G2N)

➤ Manque de confiance de la population envers le gouvernement : il y avait une certaine réticence des populations à adhérer due à l'assimilation du RAMU à ICC. La population n'avait plus confiance envers le gouvernement d'alors. De plus les syndicalistes, les acteurs du secteur formel, les acteurs du secteur privé étaient réticents parce qu'ils n'étaient pas bien informés sur les modalités du RAMU et de sa mise en œuvre.

• **Thèmes émergents**

➤ Absence de cadre législatif : ceci aurait eu pour conséquence une réticence de certains acteurs politiques (blocages politiques dus aux intérêts divergents) et des populations à adhérer au processus.

➤ Absence de structures de gestion décentralisées : seule l'agence nationale avait été mise en place. L'absence de cadre législatif et les ressources financières insuffisantes expliqueraient cette situation. Ainsi le personnel de l'ANAM seul était insuffisant pour mener à bien un projet d'une telle envergure.

« ... d'abord il y a eu l'agence nationale de l'assurance RAMU, donc après l'agence il était prévu que nous aurions des antennes départementales de l'assurance maladie, c'est-à-dire que dans chaque département nous devrions avoir une antenne de l'agence de l'assurance maladie plus loin il devrait avoir des antennes communales de l'assurance maladie pour aller jusqu'en accord. Jusque-là on n'en est pas encore là, il était également prévu que l'agence soit couverte, soit dirigée par un conseil d'administration et puis il faut dire que l'état en 2015 a mis en place un comité national de pilotage du RAMU au niveau de tous les départements du Bénin. Ce dispositif également n'est pas vraiment fonctionnel pour plusieurs raisons... ». (GIN)

- Résistances des structures d'assurance privée : ces structures percevaient le RAMU comme une concurrence.

« Au niveau des assureurs privés aussi on ne fait pas que des heureux évidemment le fait que l'ANAM, l'assurance maladie universelle progresse et permette à tous d'avoir au moins une couverture sanitaire en matière financière, c'est un mal que nous enlevons, nous sommes une concurrence... mais si nous analysons bien, ce n'est pas vraiment une concurrence, c'est une complémentarité, parce que tout le monde ne peut pas payer des primes d'assurances au niveau des privés... ». (GIN)

- Facteurs facilitants

• Thèmes du modèle théorique

- Forte volonté politique : il existerait une forte volonté politique du gouvernement d'alors à mettre en œuvre le processus. L'arrivée du nouveau gouvernement marquerait une continuité de cette volonté. En effet, des mesures seraient prises par le nouveau gouvernement pour assurer une continuité du processus et apporter des améliorations. Il s'agit du projet ARCH. Ce projet s'inscrit dans l'offre d'un paquet de services où l'assurance maladie sera associée à un programme de micro crédit et d'autres mesures sociales. Selon les participants, le changement de gouvernement pourrait être perçu comme un facteur favorisant l'adhésion des populations.

« Il y a eu un changement du gouvernement... le conseil des ministres de la semaine écoulée a parlé d'un nouveau processus qu'on appelle « ARCH », assurance pour le renforcement du capital humain... c'est un dispositif qui est constitué autour de l'assurance maladie, donc il y a l'assurance maladie, l'assurance hypothèque, il y a l'accès aux crédits, il y a les formations. Donc on met tout ça ensemble pour permettre... donc la protection sociale demeure une priorité pour les gouvernants, donc je pense que le chef de l'État est engagé à fond pour apporter tout le soutien dont le peuple a besoin en matière de protection sociale et d'assurance maladie en priorité. Donc cela a été manifesté par le dernier conseil des ministres et qui a notifié que le chef de l'État a mis en place un comité de pilotage pour définir les bases du projet, les paramètres de mise en œuvre du projet ARCH qui est le projet phare du gouvernement pour ce quinquennat. ARCH étant assurance pour le renforcement du capital humain qui comporte en son sein l'assurance maladie, l'assurance retraite, l'assurance emploi, l'assurance formation et... ainsi donc le dénominateur ne sera plus RAMU et donc dénomination ARCH... l'assurance maladie demeure l'assurance maladie, on va le redimensionner... non, les fondamentaux ne seront pas modifiés... ». (GIN)

« L'initiative va continuer, mais sous cette forme-là, sous la forme actuelle, non. Aujourd'hui, il faut voir les choses autrement avec la vision du chef de l'État... la vision n'est pas encore totalement partagée pour qu'on puisse vraiment dire quelque chose sur ce grand projet... C'est que l'assurance maladie, la protection sociale, assurance retraite... tout ça là sera mis dans un grand programme c'est-à-dire pour le renforcement du capital humain... nous n'avons vraiment pas les détails sur les... mais d'après les informations, ça ne va pas durer... mais ce qui est clair, le RAMU ne va plus continuer comme ça se fait actuellement... ». (G2N)

- Existence d'une réelle capacité de mobilisation des ressources : des mesures auraient été mises en place par l'État pour mobiliser les ressources (sources innovantes de financement).

« Il y avait beaucoup d'initiatives et qui rapportait beaucoup d'argent. Je veux parler des financements innovants par exemple, l'argent sur les billets d'avion et autres-là, il y avait un pourcentage qui était défini pour l'ANAM sur les MTN, tout ça là, il y a des sources de financements innovants qui peuvent... ça a été mis en place et il y a normalement des milliards qui sont là et si... on doit retourner ça à l'organe qui doit gérer l'assurance maladie ». (G2N)

- Perceptions du RAMU : selon les participants, la mise en place de l'assurance maladie serait une bonne initiative.
- Forfaits proposés : les frais d'adhésion et de cotisation proposés seraient raisonnables en fonction de la capacité économique des ménages. Ils seraient même en deçà des estimations, ceci pour faciliter l'adhésion des populations.

- **Thèmes émergents**

- Nouvelles dispositions (volonté d'apporter des améliorations) : de nouvelles dispositions auraient été prises par l'ANAM suite à l'expérience acquise du projet pilote. Il s'agirait de l'implication active des mutuelles de santé dans le processus (affiliation des acteurs du secteur informel, sensibilisation, remboursement...) et de l'intégration de tous les acteurs impliqués dans le processus de mise en œuvre.

6-3-3- Comparaison des facteurs influençant l'implantation du RAMU selon les cas étudiés

- Le contexte politique

Indépendamment du cas étudié, la forte volonté de l'État à mettre en œuvre le processus a été objectivée comme un facteur facilitant. C'est la trop grande influence politique dans la stratégie de mise en œuvre qui a constitué un frein. Notons que la forte politisation du processus était évidemment commune à tous les cas étudiés, mais son impact différait selon le cas. Par exemple, à Porto Novo, la commune de Semé Podji était considérée comme le fief de l'opposition politique ; Cotonou aussi dans une certaine mesure. Ainsi, la forte politisation du processus avait entraîné de vives réactions dans ces cas, surtout au niveau de la zone sanitaire de Porto Novo. Il existait des questionnements sur les réelles motivations du gouvernement. Les campagnes pour inciter la population à adhérer au RAMU avaient été assimilées à des campagnes électorales (élections présidentielles). Les populations du sud plus particulièrement celles de Porto Novo n'avaient donc pas confiance en la réelle motivation de l'État à mettre en place le RAMU. Les populations du nord quant à elles (Bassila, Nikki) avaient également objectivé la forte politisation, mais cela n'avait pas eu d'impact réel sur l'adhésion des acteurs et de la population cible. Enfin, les responsables de la mise en œuvre au niveau national avaient confirmé la politisation du processus comme un des principaux facteurs d'échec et avaient également indexé les opposants politiques. Par contre il n'y avait pas de consensus concernant la capacité de l'État à mobiliser les ressources. À Cotonou les prestataires considéraient l'État incapable de mobiliser les ressources (à cause de retard de remboursement des prestations). À Porto Novo par contre, ils estimaient que les ressources avaient été mises à la disposition des responsables de la mise en œuvre, mais que ceux-ci en assuraient la mauvaise gestion. Les responsables de la mise avaient confirmé la capacité de mobilisation des ressources par l'État (diverses dispositions prises), mais cette mobilisation n'était pas encore une réalité (ressources financières insuffisantes).

- Le contexte socioéconomique

Le Bénin fait face à une situation de crise économique qui dure depuis plusieurs années. Paradoxalement dans aucun des cas étudiés, ce contexte économique n'avait été désigné comme un obstacle à l'adhésion des populations. Ceci est dû au fait que les forfaits proposés (frais d'adhésion et de cotisation) correspondaient aux capacités économiques des ménages. Ainsi, malgré le faible pouvoir d'achat des populations, les frais proposés étaient abordables et rendaient l'adhésion au RAMU accessible financièrement.

- Les paramètres propres au RAMU

Tous les acteurs, quel que soit le cas étudié s'accordaient à dire que les frais d'adhésion et de cotisation étaient raisonnables. Selon les acteurs de l'ANAM, ces taux étaient même en deçà des estimations, ceci pour faciliter dans un premier temps l'adhésion des populations. Par contre, certains acteurs de Cotonou avaient suggéré l'intégration des médicaments de spécialité dans le paquet de services offerts. Selon eux, cela serait plus bénéfique pour les populations.

- Les caractéristiques propres aux responsables de la mise en œuvre

Divers facteurs inhérents aux responsables de la mise en œuvre avaient constitué des obstacles à l'implantation du RAMU. Tous les acteurs indépendamment du cas étudié avaient indexé une absence d'implication des acteurs concernés par la mise en œuvre. Au niveau de Cotonou, les responsables de la mise en œuvre au niveau intermédiaire et les prestataires de soins n'avaient pas été impliqués dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre. À Porto Novo, il s'agissait outre ceux cités à Cotonou de la non-implication des assistants sociaux et des partenaires sociaux (syndicalistes). À Bassila et à Nikki, l'absence d'association des acteurs du terrain avait été déplorée. Il existait donc une implication insuffisante des acteurs dans le processus d'élaboration et de la mise en œuvre (identification, enrôlement, sensibilisation...) du RAMU. Ainsi il avait été objectivé par tous les acteurs que la gestion du processus était centralisée au niveau national (ANAM). Tous s'accordaient également sur le fait que les modalités de communication, d'information et de sensibilisation étaient inadéquates, insuffisantes et donc défaillantes. En effet, une des conséquences directes de l'absence d'implication des acteurs concernés par la mise en œuvre était le manque d'information et de compréhension du processus par ces acteurs. À Cotonou par exemple, certains prestataires se plaignaient d'être informés de la même manière que les populations. Ils se considéraient comme des acteurs clés chargés de la prise en charge des patients et devraient donc être mieux informés

et plus impliqués dans le processus de mise en œuvre. Quant aux campagnes de sensibilisation, il s'agissait plus de tapage médiatique, selon les acteurs que de mécanismes réellement adaptés aux cibles, permettant réellement la compréhension du RAMU et de ses modalités par les bénéficiaires. Ainsi, les populations en général comprenaient mal toutes les modalités du RAMU et n'avaient pas d'information sur l'évolution du processus. Une autre conséquence de l'absence d'implication des acteurs locaux dans le processus de mise en œuvre était l'identification défailante des indigents objectivée à Cotonou, Porto Novo et Nikki. En effet plusieurs cas de fraudes et d'abus avaient été objectivés, ceci au grand mécontentement des acteurs locaux (assistants sociaux à Porto Novo, mutuelles de santé à Cotonou et Nikki) qui n'avaient pas été associés. Les acteurs de Cotonou, Bassila et Nikki avaient également signalé une absence de mécanismes de contrôle et de suivi du processus. À Porto Novo, contrairement aux autres cas, des prestations n'avaient pas été offertes. À Cotonou, Bassila et Nikki, tous avaient été victimes d'un retard et dans certains cas (Bassila, Nikki) d'une absence de remboursement des prestations. Face à tous ces constats (mauvaise organisation, absence de communication et d'information des acteurs clés sur le processus, modalités de gestion, de communication et de sensibilisation non clairement définies), il se posait des questions sur les réelles compétences des acteurs impliqués dans la mise en œuvre. En effet, selon les acteurs de Porto Novo et de Bassila, les responsables de la mise en œuvre n'étaient pas qualifiés étant donné les nombreux ratés observés dans la mise en œuvre. Pour les acteurs de Porto Novo, la mauvaise gestion des ressources et la mauvaise coordination des activités (rôles non clairement définis) étaient flagrantes. Pour ceux de Nikki, la mauvaise collaboration entre les responsables était réelle. La plupart de ces obstacles au bon déroulement du processus avaient été confirmés par les responsables de la mise en œuvre au niveau national (ANAM). Selon eux, la qualité de la collaboration entre les différents acteurs (prestataires privés, mutuelles de santé) était mauvaise. Ceci essentiellement à cause des intérêts divergents. Ils étaient également d'accord sur le fait que tous les acteurs concernés n'avaient pas été impliqués dans le processus de mise en œuvre. Ceci s'expliquerait selon eux par l'absence de cadre législatif qui avait limité la portée de leurs actions. Ils avaient aussi reconnu qu'il n'y avait effectivement pas de suivi du processus. Les ressources financières étaient insuffisantes et les acteurs bien que compétents étaient également en nombre limité. Enfin ils ont confirmé que les mécanismes de communication et de sensibilisation étaient inadéquats et inadaptés à toute la population, toujours à cause des

raisons sus mentionnées et aussi du fait qu'il existait un manque de confiance de la population envers le gouvernement d'alors. Notons qu'ils assurent que de nouvelles dispositions ont été prises suite aux difficultés rencontrées sur le terrain et une meilleure implication des acteurs concernés par la mise en œuvre sera faite. Il convient de préciser que malgré cette multitude d'obstacles, tous les responsables (au niveau national, intermédiaire ou périphérique) s'entendaient sur le fait que la mise en place de l'assurance était une bonne initiative et qu'elle était nécessaire.

- Caractéristiques propres aux prestataires de soins

Dans les 4 cas, il existait une communication insuffisante entre les prestataires et les responsables de la mise en œuvre. Selon les prestataires cette situation résulte du fait qu'ils aient été écartés du processus d'élaboration et de mise en œuvre. Tous s'entendaient aussi sur le fait que la formation des prestataires était insuffisante. Ceci constituait un obstacle important, car les prestataires qui étaient censés faire fonctionner le RAMU en prenant en charge les adhérents ne maîtrisaient pas le concept et les différentes modalités de la mise en œuvre du RAMU. L'insuffisance de la communication et des formations auraient eu pour conséquences, quel que soit le cas étudié, un manque de confiance des prestataires envers les responsables de la mise en œuvre. Les acteurs de Porto Novo et de Bassila se questionnaient sur la réelle transparence du processus. Ils s'interrogeaient également avec ceux de Nikki sur les modalités de remboursement. Il faut notifier qu'au niveau de ces 3 cas (Porto Novo, Bassila, Nikki), il existait une mauvaise expérience de collaboration des formations sanitaires avec l'État. En effet, des difficultés de remboursement des prestations offertes pour d'autres mécanismes de gratuité initiés par l'État avaient déjà été objectivées. Ces acteurs avaient donc perdu confiance en la capacité de l'État à rembourser à temps les prestations pour permettre aux centres de fonctionner correctement. Ainsi ils assimilaient le RAMU à un autre mécanisme de gratuité initié par l'État pour endetter les centres. À Cotonou et à Bassila, les motivations personnelles des prestataires avaient été indexées comme des facteurs de résistance de ceux-ci au processus. Il s'agissait essentiellement de l'absence de motivation des prestataires et du contrôle des situations de fraudes et/ou de rançonnements dont les prestataires étaient accusés. Les acteurs de l'ANAM quant à eux confirmaient que la formation insuffisante et les motivations personnelles (primes, fraudes, rançonnements) des prestataires avaient été des obstacles importants à leur adhésion au

processus. Le seul facteur favorable retrouvé et commun à tous les cas est que le RAMU était perçu positivement par tous les prestataires de soins.

- Caractéristiques propres aux populations

Tous les participants, quel que soit le cas étudié, percevaient positivement le RAMU. Les populations du sud (Cotonou, Porto Novo) considéraient le RAMU comme la solution à leurs problèmes. Les populations du Nord (Bassila, Nikki) avaient l'habitude des mutuelles de santé et percevaient donc le RAMU comme une mutuelle plus grande avec un meilleur paquet de services et accessible financièrement. Il existait également une culture locale (entraide, solidarité) au nord (Bassila, Nikki) favorable à la mise en œuvre du RAMU. À Bassila, il existait d'excellentes modalités de communication intégrant la communauté (relais communautaires) et permettant la circulation rapide et efficace de l'information. Néanmoins, il existait un manque de confiance de la population envers le gouvernement d'alors. Les populations quel que soit le cas, s'interrogeaient sur les motivations du gouvernement d'alors (transparence ? arnaque ?). Il faut noter que l'ancien gouvernement avait été impliqué dans une affaire d'escroquerie nationale (ICC services) où plusieurs milliers de Béninois s'étaient retrouvés endettés. Il se posait également les questions de la capacité de gestion des responsables de la mise en œuvre (corruption ?) et des compétences des prestataires de soins (qualité des soins). Ces doutes avaient été accentués par les nombreux ratés de la mise en œuvre. En effet, les principaux obstacles à l'adhésion des populations n'étaient pas leurs perceptions du RAMU, mais plutôt les modalités de la mise en œuvre. Il existait un manque d'information des populations sur les modalités de mise en œuvre du RAMU (ce qu'il faut faire, à qui s'adresser, les prestations couvertes...). Le processus d'adhésion était long et laborieux et les prestations offertes étaient de mauvaise qualité (mauvais accueil, délais d'attente longs...). Un autre facteur important de résistance à l'adhésion, dans les quatre cas étudiés, était l'absence de prise en charge de certains membres à jour. À Bassila, plus particulièrement à Alledjo, il s'était posé d'énormes difficultés d'accessibilité géographique aux centres agréés. À Cotonou, Bassila et Nikki, les adhérents s'étaient plaints de l'impossibilité d'utiliser leurs cartes en dehors de leurs zones et de l'absence de choix des centres où ils seraient pris en charge. Ceci témoignait du manque de communication et d'information de la population. En effet il s'agissait d'un projet pilote et tous les centres

n'avaient pas été ciblés, mais la population n'étant pas informée des modalités de mise en œuvre considérait ce facteur comme défavorable à l'adhésion. Pour ce qui concerne les acteurs de l'ANAM, les principaux obstacles à l'adhésion seraient liés au manque de confiance de la population envers le gouvernement d'alors. L'arrivée d'un nouveau gouvernement serait donc selon eux un facteur favorable à l'adhésion.

- Structure organisationnelle

Selon le cas, la fonctionnalité du processus différait. À Porto Novo par exemple, aucune prestation n'avait été offerte, les outils de prise en charge n'étaient pas disponibles et il y avait eu un retard ou une absence de réception des cartes. La situation à Nikki semblait similaire à celle de Porto Novo (rares prestations privilégiant les indigents). Ainsi dans ces deux zones il existait une multitude d'adhérents qui n'avaient pas pu bénéficier des prestations. À Cotonou et à Bassila par contre, le processus avait été fonctionnel durant un certain temps avant d'être suspendu faute de remboursement des prestations. Ainsi la fonctionnalité du processus au départ dans ces deux cas était un facteur favorable à l'adhésion de nouveaux membres, les premiers adhérents étant satisfaits. De même la suspension du processus avait eu l'effet inverse (réticence des populations à adhérer vu que les prestations n'étaient plus offertes).

- Qualité des soins

À Cotonou et à Bassila où les prestations avaient été offertes au départ, tous les participants se plaignaient de la mauvaise qualité des prestations (mauvais accueil, manque de considération, retard dans la prise en charge...). Ceci constituait un facteur décourageant. Certains bénéficiaires préférant s'endetter et se faire soigner que de subir de genre de situations. Selon certains bénéficiaires c'est l'absence d'implication des prestataires dans le processus d'élaboration, de mise en œuvre et l'absence de prise en compte de leurs préoccupations (motivation) qui expliqueraient ce constat.

- Contexte structurel et institutionnel

L'absence de cadre législatif avait été objectivée dans tous les cas comme un frein important à la mise en œuvre. En effet la phase pilote avait démarré avant le vote de la loi portant institution du RAMU. Un autre facteur important d'échec, observé à l'unanimité, était l'absence de création des structures de gestion décentralisées. Enfin l'absence d'équipement adapté des formations

sanitaires avait porté atteinte à la fonctionnalité du processus. En effet, les acteurs quel que soit le cas, se plaignaient de l'insuffisance des stocks de consommables et médicaments nécessaires à la prise en charge des assurés du RAMU. Les acteurs de Nikki indexaient particulièrement l'absence d'ambulanciers. Ainsi les formations sanitaires n'étaient pas assez équipées pour prendre en charge correctement les assurés du RAMU. Notons que les acteurs de l'ANAM avaient confirmé l'absence de cadre législatif comme un frein important à la mise en œuvre effective du RAMU. Plusieurs décisions ne pouvant être prises en l'absence de la loi.

- Caractéristiques propres aux autres acteurs (mutuelles de santé, structures d'assurance privée)

L'existence des mutuelles de santé dans certains cas (Cotonou, Bassila, Nikki) pouvait être considérée à la fois comme un facteur favorable et un obstacle. En effet, dans ces trois cas, les prestataires de soins avaient une bonne expérience de collaboration avec les mutuelles de santé et les structures d'assurances privées. De même les populations de ces trois zones étaient habituées à utiliser les services des mutuelles de santé. Ainsi l'existence de ces structures au préalable sur le terrain était considérée comme un facteur favorable à l'adhésion des acteurs et populations au RAMU. De plus, théoriquement la mise en œuvre du RAMU prévoyait une collaboration avec les mutuelles de santé qui se retrouvaient comme des organismes prestataires. Les mutuelles de santé percevaient donc l'arrivée du RAMU comme une opportunité leur permettant d'accroître leur capacité financière et d'assurer des prestations d'assurance à un plus grand nombre d'adhérents. Par contre, en pratique les mutuelles de santé n'avaient pas été impliquées dans la mise en œuvre. Ceci avait entraîné de vives résistances de la part de celles-ci avec une démobilisation importante des populations (surtout à Bassila et à Nikki). Il faut noter que la première étape de la mise en œuvre du RAMU ciblait les acteurs du secteur informel, du secteur agricole et les indigents. Les acteurs du secteur informel constituant la principale cible des mutuelles de santé, le RAMU devenait donc une concurrence menaçant la viabilité de ces mutuelles. Selon les acteurs de l'ANAM, les mutuelles de santé constituaient un véritable obstacle à la réussite de la mise en œuvre. Il convient de préciser que cette expérience a fait que de nouvelles dispositions sont actuellement prises par l'ANAM pour intégrer les mutuelles de santé dans le processus et faciliter la réussite de l'implantation.

- Stratégie de mise en œuvre

La précipitation dans laquelle la mise en œuvre s'était faite avait été reconnue au niveau de tous les cas comme un important facteur d'échec.

6-4- Conclusion du chapitre : estimation du degré d'implantation du RAMU et récapitulatif des facteurs influençant (obstacles et facteurs facilitants)

Il s'agissait pour nous de déterminer le contexte d'implantation du RAMU, d'estimer le degré d'implantation et de mettre en évidence les obstacles et facteurs facilitants l'implantation du RAMU. Les informations fournies par les deux précédents sous chapitres (états des lieux du RAMU et facteurs influençant l'implantation du RAMU) ont permis de faire, dans une certaine mesure, une estimation du degré d'implantation du RAMU par cas et de façon globale selon les critères prédéfinis (tableau XII). Le tableau XVI présente une estimation de degré d'implantation du RAMU.

Tableau XVI : Estimation du degré d'implantation du RAMU

Facteurs		Zone sanitaire Cotonou VI	Zone sanitaire Porto Novo	Zone sanitaire Bassila	Zone sanitaire Nikki	Synthèse
Structure organisationnelle	Disponibilité des ressources	Faible	Faible	Faible	Faible	Faible
	Fonctionnalité du processus	Moyenne	Faible	Moyenne	Faible	Faible
Taux d'adhésion		Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable

Il faut préciser que certaines informations pertinentes telles que les taux exacts d'adhésion au RAMU par zone pilote (ou par cas) n'étaient pas disponibles au niveau de l'ANAM. De plus, un taux d'adhésion seuil n'avait pas été fixé pour la phase pilote. Un objectif explicite de statistique d'adhésion n'avait donc pas été formulé. Néanmoins, selon notre analyse, nous pouvons affirmer que le taux d'adhésion était relativement faible. En effet le nombre total d'adhérents s'élevait à 48 817 après les trois (3) années du projet pilote. Notons que le projet

pilote avait pour cible les acteurs du secteur informel, les acteurs du secteur agricole et les indigents qui représentent plus de 80 % de la population béninoise. Il s'agit donc d'une cible d'environ 8 millions de Béninois au plan national. Même s'il faut tenir compte du fait que le projet pilote ne ciblait que quelques centres dans les différentes zones, le taux d'adhésion représentait moins de 1 % de la population cible. En dehors du taux d'adhésion, l'opérationnalité de la structure organisationnelle faisait défaut. En effet, les principales ressources n'étaient pas disponibles (absence de création des structures de gestion, insuffisance de personnels, ressources financières insuffisantes) et le processus n'était pas fonctionnel dans tous les cas (modalités de communication inadéquates, absence ou formation insuffisante des prestataires, absence de prise en charge dans certaines zones, absence ou retard de remboursement des formations sanitaires). À la vue de tout ce qui précède, il est opportun d'affirmer que le degré d'implantation était faible. L'implantation du RAMU faisait donc face à des obstacles majeurs. La détermination des contextes politique, socioéconomique, culturel et sanitaire béninois en plus des perceptions des différents acteurs concernés par la mise en œuvre du RAMU nous a permis d'avoir une vue d'ensemble des facteurs qui ont influencé l'implantation du RAMU. Le récapitulatif des facteurs influençant l'implantation du RAMU est présenté au tableau XVII.

Tableau XVII : Facteurs influençant l'implantation du RAMU

		Obstacles	Facilitants
Thèmes du modèle théorique	Contexte politique	Forte politisation du processus Absence ou mobilisation insuffisante des ressources par l'État Ressources financières insuffisantes	Forte volonté politique Existence d'une réelle capacité de mobilisation des ressources
	Contexte socioéconomique		
	Paramètres propres au RAMU	Paquet de services insuffisants	Forfaits proposés
	Caractéristiques propres aux responsables	Absence d'implication des principaux acteurs concernés dans la mise en œuvre du RAMU Absence d'implication des acteurs locaux Gestion centralisée du processus Modalités de communication et d'information inadéquates et insuffisantes Retard ou absence de remboursement des prestations Mécanismes d'identification des indigents inadéquats	Bonne perception du RAMU Volonté à apporter des améliorations

		Mécanismes de contrôle et de suivi du processus inexistant Mauvaise gestion des ressources Mauvaise coordination des activités Acteurs impliqués dans la mise en œuvre non qualifiés Mauvaise collaboration entre les responsables de la mise en œuvre Mauvaise qualité de la collaboration entre les différents acteurs Ressources humaines insuffisantes	
	Caractéristiques propres aux prestataires de soins	Motivations personnelles des prestataires de soins (fraudes, rançonnements...) Communication insuffisante entre prestataires et responsables de la mise en œuvre Absence ou formation insuffisante des prestataires Conflits entre les prestataires de soins Manque de confiance des prestataires envers les responsables de la mise en œuvre Absence de motivation des prestataires	Bonne perception du RAMU Expérience préalable des mécanismes d'assurance
	Caractéristiques propres aux populations	Manque de confiance de la population envers les compétences des acteurs (responsables, prestataires de soins) Distance géographique des formations sanitaires agréées	Bonne perception du RAMU Expérience préalable des mécanismes d'assurance (mutuelles de santé) Modalités d'information et de communication Culture locale
	Opérationnalité de la structure organisationnelle	Structure organisationnelle non opérationnelle Difficultés liées à l'utilisation des cartes	Opérationnalité de la structure organisationnelle
	Qualité des soins	Prestations de mauvaise qualité	
Thèmes émergents	Contexte structurel et institutionnel	Absence de cadre législatif Formations sanitaires mal équipées Structures de gestion insuffisantes Absence de création de structures de gestion décentralisées Formations sanitaires mal équipées	
	Caractéristiques propres aux structures d'assurance existantes	Absence d'implication des mutuelles locales Résistances des mutuelles de santé locales Résistances des structures d'assurance privée	
	Stratégie de mise en œuvre	Précipitation dans le processus de mise en œuvre	

7- DISCUSSION

7-1- Interprétation des résultats

7-1-1- Interprétation synthétique des résultats

Les principaux éléments qui ressortaient de notre analyse étaient les suivants. Premièrement, la majorité des obstacles retrouvés dans les résultats de notre étude étaient inhérents aux responsables de la mise en œuvre. Par exemple, la faible adhésion des populations au RAMU ne dépendait pas de leurs perceptions du RAMU, mais de leurs perceptions des responsables de la mise en œuvre et des prestataires de soins. Ainsi dans la majorité des cas, les populations avaient la volonté d'adhérer au processus, mais c'était les modalités de mise en œuvre et de gestion du processus (précipitation, mauvaise gestion des ressources, mauvaises définitions et coordination des activités, etc.) par l'État et les responsables désignés de la mise en œuvre qui constituaient des freins. Deuxièmement, les obstacles à l'adhésion étaient associés aux prestataires de soins. Les prestataires de soins étaient favorables au concept de l'assurance maladie, mais les modalités de la mise en œuvre ne leur convenaient pas (modalités de mise en œuvre, motivations personnelles non prises en compte, etc.). Ainsi, ils opposaient de vives résistances à la mise en œuvre du processus. Ceci avait des répercussions sur la qualité des services fournis. En effet, les prestataires étaient au centre du processus et constituaient un important facteur démotivant pour la population. Les prestations de mauvaise qualité décourageaient fortement la population. Enfin, il existait une importante démobilisation de la population par les mutuelles de santé. Celles-ci percevaient le RAMU comme une concurrence et n'accompagnaient pas l'initiative. Il convient de notifier l'existence de facteurs facilitant la mise en œuvre du RAMU dans le contexte béninois tels que : la forte volonté politique, la capacité de mobilisation des ressources par l'État, les forfaits proposés, la bonne perception du RAMU par les différents acteurs et la culture locale de la région nord du pays. Mais force est de constater que les obstacles étaient beaucoup plus importants que les facteurs facilitants, ce qui pouvait expliquer dans une certaine mesure l'échec de l'initiative (faible taux d'adhésion, structure organisationnelle non opérationnelle).

7-1-2- Interprétation comparative des résultats avec la littérature

La majorité des facteurs énoncés dans la littérature ont été retrouvés dans notre étude.

- Contexte politique

Sur le plan politique il est dit dans la littérature que la mauvaise gouvernance (mauvaise gestion, mauvaise coordination), l'incapacité de l'État à mobiliser les ressources²⁴, le faible engagement politique⁴⁸ et l'instabilité politique^{24,43} constituaient les obstacles principaux à la réussite de l'implantation. Comme facteurs favorables, il s'agissait de l'implication active du gouvernement^{25,26,28,54}, le réel engagement politique⁴³ et le leadership politique^{25,29,34,42,55}. La stabilité politique régnante au Bénin pourrait être considérée comme un facteur favorable à l'implantation du RAMU. Paradoxalement, la forte volonté politique existante au Bénin avec l'engagement de l'État à mettre en œuvre le processus était perçue négativement. En effet l'État avait la volonté de mettre en œuvre le RAMU, mais il ne laissait pas assez de marges et d'autonomie aux acteurs pour leur permettre de mettre en œuvre efficacement le processus. Ainsi malgré la forte volonté politique, il existait une mauvaise gouvernance et une incapacité de mobilisation des ressources. Cette situation était similaire à celles du Ghana²⁵, du Rwanda²⁵ et du Sénégal³¹. Théoriquement, l'État était engagé à mettre en place le processus, mais sur le plan pratique peu d'actions efficaces étaient mises en place (mobilisation des ressources, mise en place des institutions...) pour atteindre les objectifs. Il est intéressant de constater que le Bénin, bien qu'en s'étant inspiré des obstacles rencontrés par ces pays de la sous-région, ait été confronté à des difficultés similaires. Ceci s'expliquerait par le fait que la mise en œuvre réelle n'était pas conforme à ce qui était prévu (précipitation dans la mise en œuvre, absence de cadre législatif, absence de structures de gestion décentralisées...). Les mêmes erreurs avaient donc été commises et des résultats similaires obtenus. Cette étude confirme alors la pertinence de s'inspirer des expériences de pays ayant des contextes similaires pour avoir une idée des obstacles ou facteurs facilitants auxquels ce pays pourrait être confronté.

- Contexte structurel et institutionnel

La mise en œuvre du RAMU au Bénin avait débuté avant l'adoption de la loi. Sur le plan structurel, les formations sanitaires faisaient face à des difficultés liées à l'insuffisance des ressources (matérielles, humaines, financières) ne permettant pas de prendre en charge

efficacement les patients. De plus il existait une multitude de mécanismes sociaux non complémentaires rendant le système inefficace. Ainsi l'initiative avait débuté sur un terrain a priori non favorable à sa réussite. Effectivement ces facteurs (absence de cadres législatifs et réglementaires clairs^{43,48}, multitude de programmes sociaux de financement de la santé⁴²) étaient retrouvés dans la littérature comme des obstacles importants. De même, selon la littérature la clarté dans la détermination des rôles et responsabilités des différentes parties prenantes^{25,34,48} et l'existence préalable de structures fonctionnelles et adéquates²⁵ étaient considérés comme des facteurs favorables à la réussite. L'absence de ces facteurs dans le contexte béninois en plus des divers obstacles explique donc l'échec de l'initiative au Bénin et confirme les données de la littérature.

- Contexte socioéconomique

Le contexte socioéconomique était décrit dans la littérature comme un facteur pouvant influencer positivement ou négativement (croissance⁵⁶ ou crise économique²⁴) l'implantation de l'assurance maladie. Cela faisait référence à son influence à la fois sur la capacité de mobilisation des ressources par l'État⁴⁸ (recettes fiscales, aides extérieures, donateurs, sources innovantes de financement)^{26,29,42,54} et sur la capacité financière des ménages^{26,28,54}. Dans notre étude nous avons constaté que le contexte socioéconomique en lui-même était neutre. Il n'influait pas directement l'adhésion des populations. En effet le Bénin vivait une situation de crise financière avec un pouvoir d'achat des populations limité. De plus l'État bien qu'ayant pris l'initiative de compléter le financement de l'initiative à travers les sources innovantes, les ressources financières s'avéraient insuffisantes. On aurait donc pu conclure que le contexte socioéconomique n'était pas favorable à la réussite de l'implantation. Mais en réalité, nous avons constaté qu'il n'avait pas un impact réel sur le processus. Ceci s'explique d'une part, par le fait que les frais d'adhésion et de cotisation des populations étaient raisonnables par rapport à la capacité économique des ménages. Ainsi l'initiative était accessible financièrement malgré la situation économique difficile du pays. D'autre part, ce contexte n'avait pas eu d'impact sur la capacité de mobilisation des ressources par l'État. Les partenaires techniques et financiers (organismes internationaux), les ONG, etc. étaient disposés à accompagner le gouvernement. De même selon certains acteurs de l'ANAM les sources innovantes de financement avaient permis de mobiliser d'importantes sommes d'argent. La capacité de mobilisation des ressources

financières ne posait donc pas problème. Les obstacles étaient plutôt liés à la mauvaise gestion de ces ressources (absence de mise à disposition des ressources aux responsables de la mise en œuvre).

- Facteurs liés aux services offerts

Selon la littérature, le type de forfait proposé (insuffisance des services offerts ou adaptation de l'offre à la demande, forfaits irréalistes ou choix de services avantageux pour la population, ciblage des populations vulnérables)^{16,43,48,49,50} et la qualité des services fournis^{16,30,50} influenceraient l'adhésion des populations. Cela a été confirmé par notre étude. En effet, les forfaits proposés dans le cadre du RAMU avaient largement contribué à l'adhésion des populations. Il faut préciser que plus de 40 % des ménages béninois avaient pour habitude de payer entièrement les soins de santé directement de leurs poches⁷. Le concept du RAMU, les frais associés et les services proposés convenaient donc totalement à la population. Par contre, la mauvaise qualité des prestations de soins était un obstacle important à l'adhésion. Des résultats similaires à ceux du Ghana^{24,51}, de l'Afrique du Sud⁵¹, du Rwanda²⁵, du Sénégal²⁴ et de la Tanzanie⁵¹ avaient été obtenus. Il s'agissait de la mauvaise qualité des services fournis (mauvais accueil, services non disponibles, refus de prodiguer les soins par les prestataires, rupture fréquente de stock de médicaments) et du manque d'infrastructures sanitaires (hôpitaux mal ou non équipés).

- Facteurs liés aux responsables de la mise en œuvre

Notre étude a permis de mettre en évidence comme facteurs influençant négativement la mise en place du RAMU : l'absence d'implication de tous les acteurs clés dans le processus de mise en œuvre, la communication insuffisante entre responsables de la mise en œuvre et entre les responsables et les prestataires, les mécanismes d'information, de communication et de sensibilisation insuffisants et inadéquats, l'absence de structures de gestion décentralisées, la gestion centralisée du processus et l'absence d'implication des mécanismes d'assurance existants (mutuelles de santé), l'absence de personnel qualifié, les ressources humaines insuffisantes, le retard ou l'absence de remboursement des prestations, et la précipitation dans le processus de mise en œuvre. Tous ces facteurs étaient retrouvés dans la littérature comme facteurs influençant la mise en œuvre liés aux responsables. En effet, il est dit dans la littérature que les conflits entre responsables⁴³, les compétences insuffisantes⁴⁹ étaient des obstacles à la

mise en œuvre. Par contre, l'existence d'acteurs compétents et qualifiés^{26,45}, la décentralisation des structures de gestion^{17,34,54}, l'implication des différents groupes sociaux dans la conception de la politique^{25,48}, la collaboration avec les mécanismes d'assurance existants³⁰, la mise en place de stratégies de communication, d'information et de sensibilisation adéquates et efficaces^{17,25,34,50,58}, la mise en œuvre progressive du processus^{25,42,57} et l'implication de toutes les parties prenantes^{17,25,29,48,54} dans le processus décisionnel constituaient des facteurs favorables. Ainsi aucun de ces facteurs favorables cités dans la littérature n'était présent dans le contexte béninois. Les modalités de mise en œuvre n'étaient donc pas adéquates, le terrain de base n'étant pas favorable à la mise en œuvre du processus. Il convient de préciser qu'un des éléments majeurs d'échec était l'absence d'implication de toutes les parties prenantes au processus d'élaboration et de mise en œuvre du RAMU. Certains acteurs (responsables au niveau intermédiaire, prestataires de soins, communauté) et les organismes privés d'assurance (mutuelles de santé) s'étaient sentis mis à l'écart. Cette situation avait entraîné de vives résistances de la part de ceux-ci. Ainsi le manque de communication et de collaboration entre les différents acteurs avait entraîné un manque de confiance entre les différents acteurs et en définitive un échec de l'initiative. Selon les auteurs^{26,45,48}, il est essentiel d'associer tous les acteurs concernés par la mise en œuvre au processus décisionnel dans le but d'instaurer un climat de confiance entre les différents acteurs et garantir ainsi la transparence du processus⁴⁵. Ceci faciliterait l'adhésion de tous les acteurs à la mise en œuvre du RAMU. Cette collaboration devra également exister avec les mécanismes d'assurance existants (mutuelles de santé) surtout pour les régimes visant l'expansion de la couverture universelle via les mutuelles de santé (Sénégal par exemple)³⁰. Selon les auteurs, les mutuelles de santé permettent d'accéder plus facilement aux couches sociales plus vulnérables (acteurs du secteur informel, les indigents...) ³⁰. Cette recommandation est particulièrement pertinente dans le contexte béninois où il existe une multitude de mutuelles de santé. De plus les prestataires de soins et la population assuraient que leur habitude à collaborer ou à utiliser les mutuelles de santé était un facteur favorable à leur adhésion au RAMU. Il était donc nécessaire selon eux d'associer les mutuelles de santé pour faciliter la mise en œuvre du RAMU.

- **Facteurs liés aux autres acteurs (donateurs, partenaires techniques, ONGS, employeurs, assureurs privés, experts techniques, etc.)**

Le manque de confiance envers les compétences de gestion des responsables, la peur d'une hausse de la fiscalité, la peur de la concurrence, l'absence d'implication dans le processus pouvaient entraîner des résistances de la part de ces acteurs selon la littérature⁴⁴. Ainsi l'aptitude à adhérer ou non dépendrait également des intérêts personnels des acteurs. Dans le cadre de notre étude, les principales résistances objectivées étaient celles des mutuelles de santé. Elles percevaient le RAMU comme une concurrence. La réussite de l'implantation pourrait alors résulter d'un jeu politique au cours duquel les différents intérêts des acteurs doivent être pris en compte dans une certaine mesure.

- **Facteurs liés aux prestataires de soins**

Les principales causes de résistances des prestataires de soins à la mise en place du RAMU étaient l'absence de motivation et l'absence de leur implication dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre. Selon les autres acteurs (responsables, population), les résistances seraient également dues au contrôle des situations de fraudes et d'abus commis dans les formations sanitaires par les prestataires. Ainsi les prestataires de soins étaient favorables à la mise en œuvre du RAMU, mais les modalités de la mise en œuvre ne leur convenaient pas. Des résultats similaires (absence de motivation, implication insuffisante dans l'élaboration du processus) avaient été retrouvés dans la littérature (cas du Nigéria par exemple)⁵². Selon les auteurs, il était nécessaire de disposer de ressources humaines qualifiées, motivées^{25,42} et d'infrastructures suffisantes, adaptées^{42,60} pour assurer la fonctionnalité du processus avec des prestations de bonne qualité. Le recrutement et la formation des prestataires étaient donc essentiels⁴². De plus, la question de la motivation monétaire ou non des prestataires (rémunération basée sur la performance, reconnaissance et soutien des pairs)⁴² s'était posée dans plusieurs pays. Les exemples du Rwanda et du Zimbabwe étaient cités comme des pays où le financement basé sur la performance avait contribué à l'amélioration de la qualité des soins^{25,60}. Il faut préciser que les avis étaient mitigés dans la littérature concernant l'influence réelle du financement basé sur les résultats sur la motivation des prestataires au travail. Par exemple une étude réalisée en Zambie, avait conclu que le financement basé sur les résultats augmentait significativement la satisfaction au travail, mais n'avait pas d'effet sur la motivation des prestataires⁸³. Dans la

majorité des cas le financement basé sur la performance serait associé à une amélioration de la qualité des services fournis^{84,85,86}. Au Rwanda, en plus d'une amélioration de la qualité des prestations⁸⁷, il avait été objectivé une satisfaction des patients à l'égard des services de santé⁸⁸.

- Facteurs liés à la population

Plusieurs facteurs inhérents à la population avaient été retrouvés dans la littérature comme pouvant influencer son adhésion à l'assurance maladie. Il s'agissait des facteurs socioéconomiques (répartition des revenus, faible taux de croissance économique, secteur informel développé, faible capacité contributive des ménages)^{24,43,49}, des facteurs sociodémographiques (faible niveau d'éducation^{43,49,53}, méconnaissance de l'assurance maladie universelle^{25,34,50}, manque d'information³, répartition géographique de la population⁴³, éloignement de la formation sanitaire^{25,43,49}, impossibilité de choisir la structure de soins⁴⁶, avantages de l'AMU non perçus⁴⁴, insatisfaction à l'égard de la qualité des soins^{3,25,43,49,53}), des facteurs culturels (manque de solidarité⁴³, manque de confiance envers les gestionnaires et les prestataires de soins^{17,34,43,44,49}, attrait pour la médecine traditionnelle traditionnelle^{12,43}) et des caractéristiques individuelles (sexe féminin, âge avancé)⁴⁹. Selon les résultats de notre étude, les facteurs socioéconomiques (secteur informel développé, faible capacité contributive des ménages) n'avaient pas influencé l'adhésion de la population au RAMU. Les principales causes de résistance étaient les facteurs sociodémographiques (méconnaissance de l'assurance maladie universelle, manque d'information, éloignement de la formation sanitaire, insatisfaction à l'égard de la qualité des soins) et les facteurs culturels (manque de confiance envers les gestionnaires et les prestataires de soins). Il convient de préciser que la répartition géographique de la population (nord ou sud, milieu rural ou urbain) n'avait pas d'influence sur l'adhésion des populations. De plus, bien que tous les participants adhéraient au concept de l'assurance maladie, nous avons objectivé que la culture locale du nord Bénin (sentiment de solidarité) constituait un facteur facilitant l'implantation du RAMU. En effet, il est dit dans la littérature que l'existence d'un principe de solidarité et d'un sentiment d'entraide au sein de la société favorisait l'adhésion des populations^{26,45,54}. Il existait également dans le cadre de notre étude, une demande et une réelle perception des avantages du RAMU par les participants et dans certains cas la satisfaction des premiers adhérents. Ces facteurs figuraient aussi dans la littérature comme facteurs facilitant l'adhésion des populations à l'assurance maladie^{17,44}.

7-2- Apport de l'étude

Cette étude a permis en premier lieu de confirmer l'influence du contexte sur la réussite de l'implantation de l'assurance maladie. De plus nous avons pu objectiver qu'à l'intérieur d'un même pays selon la situation géographique (milieu urbain ou rural) et la culture locale, les facteurs d'influence pouvaient différer. Le contexte peut influencer une initiative non seulement à l'échelle d'un pays, mais également de façon plus spécifique selon les groupes ciblés à l'intérieur de ce pays. Ainsi, la mise en place d'une initiative, dans notre cas, de l'assurance maladie devrait tenir compte des réalités spécifiques du milieu. Une étude de terrain préalable avec l'implication des acteurs locaux serait donc intéressante pour avoir une idée des facteurs contextuels pouvant agir sur la réussite de l'initiative.

Le second apport de l'étude est qu'elle met plus en évidence les facteurs liés aux responsables de la mise en œuvre et aux prestataires de soins que ceux liés aux caractéristiques des populations comme facteurs influençant la réussite de l'implantation. En effet, selon notre modèle théorique la réussite de l'implantation dépend de l'opérationnalité de la structure organisationnelle et du taux d'adhésion. Le taux d'adhésion étant influencé par les caractéristiques des populations cibles, les déterminants relatifs aux prestataires de soins, les caractéristiques propres aux responsables, la structure organisationnelle et la qualité des soins. Il convient de préciser que l'opérationnalité de la structure organisationnelle est influencée par les caractéristiques propres aux responsables et la qualité des soins influencée par les déterminants relatifs aux prestataires de soins. Selon la présente étude, les principaux facteurs influençant le taux d'adhésion au RAMU étaient plus liés aux caractéristiques propres aux responsables de la mise en œuvre et aux prestataires de soins qu'aux caractéristiques propres aux populations. Sachant que les caractéristiques propres aux responsables et aux prestataires de soins influencent la structure organisationnelle et la qualité des soins, il y aurait donc de meilleures chances d'augmenter le taux d'adhésion au RAMU, si les responsables de la mise en œuvre et les prestataires de soins démontraient leur maîtrise et leur capacité à faire fonctionner efficacement le processus. Les stratégies à mettre en œuvre dans le cadre de l'implantation du RAMU ne devraient donc pas cibler majoritairement les populations. Ces stratégies devraient être également orientées vers les responsables et les prestataires en vue d'accroître leurs compétences et leur maîtrise du processus. En effet, un processus fonctionnel et efficace (mise

en œuvre progressive, gestion efficace et transparente par les responsables, délais courts, bonnes modalités de communication, prestations de qualité offertes) selon les participants serait plus intéressant pour augmenter le taux d'adhésion, que les différentes stratégies utilisées ciblant les populations. Une structure organisationnelle opérationnelle avec une augmentation du taux d'adhésion s'accompagnerait ainsi d'une réussite de l'implantation.

Le dernier apport de l'étude est la création d'un modèle théorique intégratif de l'analyse de l'implantation de l'AMU. En effet, cette étude a mis en exergue des thèmes émergents. Ces thèmes bien que figurant dans la littérature n'avaient pas été pris en compte dans notre modèle théorique. Notre étude a donc fait ressortir l'importance de ces facteurs dans la réussite ou non de l'implantation du RAMU. Elle nous a également permis d'enrichir notre modèle théorique initial. Il convient de préciser que tous les thèmes du cadre théorique à l'exception du contexte socioéconomique ont été confirmés par notre étude comme facteurs d'influence de l'implantation. Par conséquent, nous avons pu obtenir un modèle théorique intégratif de l'implantation de l'assurance maladie. Ce cadre théorique regroupe donc les principaux facteurs d'influence de l'assurance maladie dans un contexte donné. Ces facteurs étant similaires à ceux obtenus dans des contextes similaires dans la littérature. Ainsi seul le type d'influence (obstacles ou facilitants, neutre) varie selon le contexte. En général, les facteurs généraux d'influence restent les mêmes dans des contextes similaires. Ce cadre théorique pourrait donc être utilisé dans d'autres études portant sur l'analyse des éléments contextuels pouvant influencer l'implantation de l'assurance maladie, pourvu que le contexte soit similaire au contexte béninois. Deux principaux facteurs d'influence ont été rajoutés à notre modèle théorique initial : le contexte institutionnel structurel et les déterminants relatifs aux autres acteurs de la mise en œuvre (mutuelles de santé, assureurs privés, employeurs, etc.).

Modèle théorique final

Les principaux facteurs constituant notre modèle théorique final sont présentés à la figure 9. Il s'agit :

- Du contexte politique (gouvernance, stabilité politique et capacité de l'État à mobiliser les ressources internes),
- Du contexte socio-économique (croissance ou crise économique),

- Du contexte institutionnel et structurel (nouveau facteur), (existence ou non d'un cadre législatif et réglementaire clair, type de structures existantes avant la mise en œuvre, fonctionnalité des structures mises en place),
- Des paramètres propres au RAMU (montant de l'adhésion et des cotisations, périodicité des cotisations, prestations offertes, règles internes, etc.),
- Des caractéristiques propres aux responsables (compétences de gestion, qualité de la relation entre les différents responsables, coordination des activités, modalités de communication, perceptions du RAMU, etc.),
- Des déterminants relatifs aux prestataires de soins (motivations personnelles, compétences des prestataires, qualité de la relation entre les prestataires et entre les prestataires et les responsables, coordination des activités, qualité des services offerts, confiance des prestataires de soins envers les dirigeants, perceptions du RAMU),
- Des caractéristiques des populations cibles (perceptions de la qualité des soins, confiance dans les compétences des prestataires de soins, confiance dans les compétences et la motivation des dirigeants, distance géographique, choix des structures de soins, facteurs économiques, culturels, sociodémographiques, individuels, etc.) et
- Des déterminants relatifs aux autres acteurs de la mise en œuvre (nouveau facteur) : mutuelles de santé, assureurs privés, employeurs, partenaires techniques, etc. (qualité de la collaboration avec les responsables, existence ou non de conflits, etc.).

Il existe une dynamique interrelationnelle entre ces facteurs. Ainsi, le contexte politique influence le contexte institutionnel et structurel et interagit avec le contexte économique. Les contextes politique, économique, institutionnel et structurel influencent les paramètres propres au RAMU. Les paramètres propres au RAMU interagissent avec les caractéristiques des différents acteurs (responsables, prestataires, population cible, autres acteurs). L'adhésion au RAMU est influencée par les caractéristiques propres à la population cible, la qualité des services fournis par les prestataires et l'opérationnalité des structures mises en place. Le caractère opérationnel de la structure mise en place dépend des caractéristiques propres aux responsables, des caractéristiques propres aux autres acteurs et du contexte institutionnel et structurel. La qualité des services dépend des déterminants relatifs aux prestataires de soins. Il

existe une influence mutuelle entre les différents acteurs qui est déterminée par l'implication de tous les acteurs dans le processus décisionnel (interactions entre les responsables, les mutuelles de santé, les assurés privés, les employeurs, les prestataires de soins et la population). Ces interactions influencent l'adhésion des différents acteurs au processus. De plus, les caractéristiques respectives des différents acteurs influencent leurs capacités à réaliser effectivement les activités nécessaires à l'atteinte des résultats escomptés. Au total, ces différents facteurs en eux-mêmes (contexte politique, contexte socio-économique, contexte institutionnel et structurel, paramètres propres au RAMU, caractéristiques propres aux responsables, déterminants relatifs aux prestataires de soins, caractéristiques des populations cibles, déterminants relatifs aux autres acteurs de la mise en œuvre) ou selon la nature des relations entre eux influencent positivement ou négativement l'implantation.

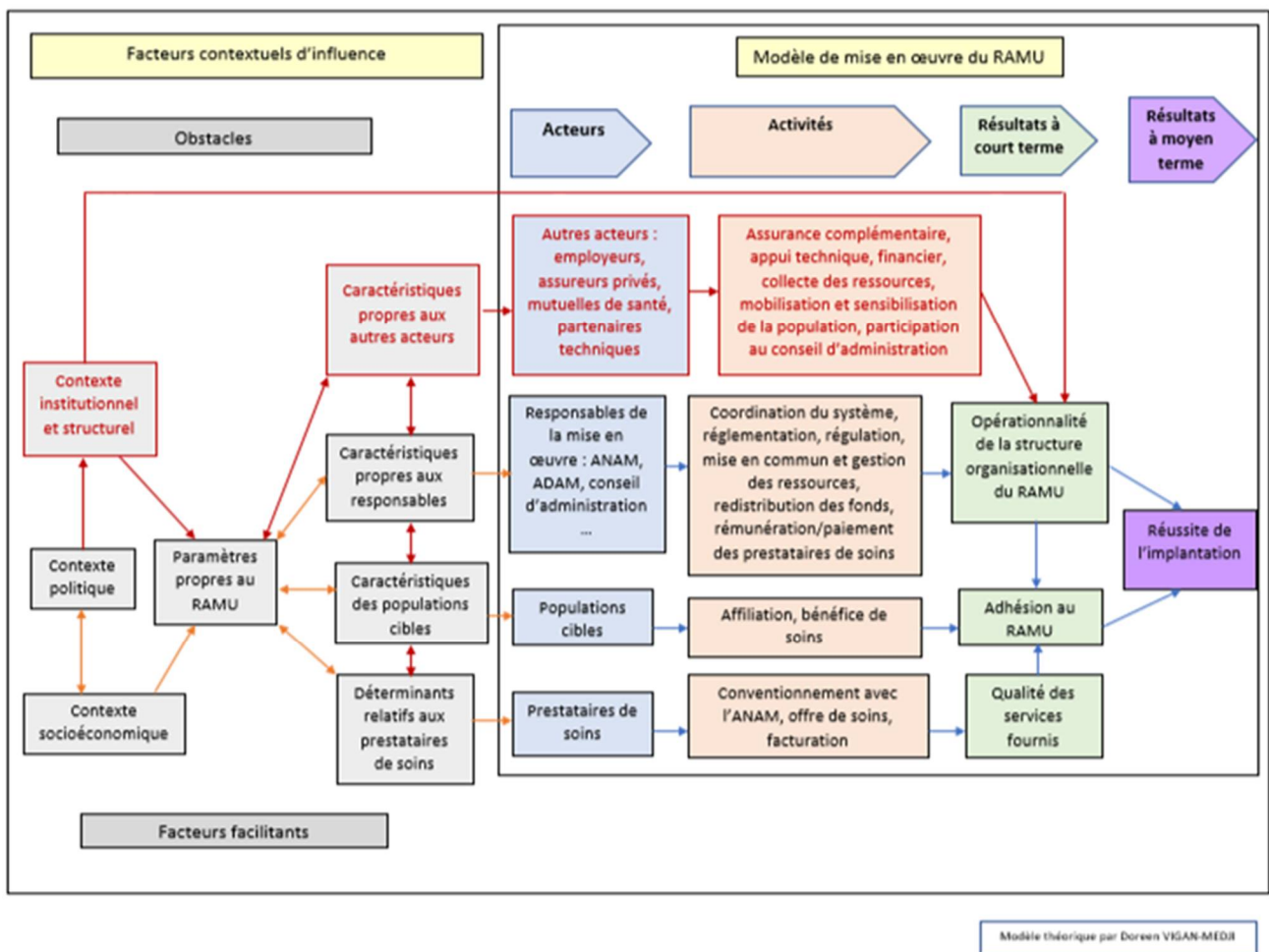


Figure 9 : Modèle théorique final de l'implantation du RAMU

7-3- Forces et limites de l'étude

7-3-1- Forces

La principale force de notre étude est notre choix méthodologique. Nous avons effectué un échantillonnage raisonné, une analyse comparative de plusieurs cas et plusieurs détenteurs d'enjeux ont été étudiés. En effet, les participants ont été choisis en tenant compte de la pertinence des données qu'ils pourraient fournir. Seuls ceux qui avaient déjà entendu parler du RAMU et ont eu à suivre sa mise en œuvre au cours de la phase pilote ont été choisis. Sur les 6 zones pilotes impliquées dans la mise en œuvre, nous en avons sélectionné 4 selon des critères de diversification bien définis et pertinents. Nous avons également tenu compte des différents types d'acteurs principaux de la mise en œuvre (responsables de la mise en œuvre, prestataires de soins, population cible). Toutes ces mesures prises ont contribué à obtenir une certaine triangulation de nos données. De plus, bien que la taille de notre échantillon soit faible nous avons obtenu une saturation de nos données. Ainsi, nous avons une certaine confiance en la pertinence des informations recueillies. Par conséquent, nous pouvons dire que nos résultats reflètent la réalité du contexte du Bénin.

Une autre force de notre étude est la maîtrise du terrain par l'étudiante chercheuse. En effet, le milieu d'enquête lui était familier. Ainsi elle a pu s'intégrer parfaitement au contexte et accéder plus facilement aux informateurs clés. Par exemple, elle pouvait effectuer un travail de traduction en s'exprimant dans les dialectes locaux. Les participants dans une certaine mesure pouvaient facilement s'identifier à elle. Par exemple, les responsables de la mise en œuvre avaient une certaine facilité à exprimer leurs perceptions, conscients qu'il s'agissait d'une démarche évaluative visant une amélioration du processus et non normative, c'est-à-dire dans le but de sanctionner. Les prestataires de soins et les populations s'identifiaient également à l'étudiante chercheuse en la considérant d'une part comme une collègue et d'autre part comme une personne ayant connu les mêmes réalités qu'eux. Il existait donc une certaine aisance des participants à communiquer leurs perceptions du processus et une volonté réelle à contribuer à son amélioration.

7-3-2- Limites

Notre modèle théorique constituait la première limite de la présente étude. En effet, il n'était pas assez représentatif de la littérature. Par exemple, nous n'avions pas tenu compte de tous les acteurs de la mise en œuvre. Nous avons défini qu'a priori les principaux acteurs de la mise en œuvre étaient les responsables de la mise en œuvre, les prestataires de soins et la population cible. Nous avons donc mis à l'écart les autres acteurs (mutuelles de santé, assureurs privés, employeurs, etc.) que nous ne considérons pas comme des acteurs pouvant avoir un impact significatif sur la mise en œuvre. En pratique, nous n'avions pas réalisé des entrevues avec les responsables des mutuelles de santé afin de connaître leurs perceptions par rapport au RAMU. Les résultats de la présente étude nous ont alors amenés à reconsidérer notre stratégie. Nous avons conclu que tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre avaient un rôle essentiel qui visait l'atteinte des objectifs. Ainsi la mise à l'écart d'un seul de ces acteurs pouvait influencer significativement le déroulement du processus. Dans le cas des mutuelles de santé, elles constituaient des cellules de résistance importantes à la mise en œuvre de l'initiative. Malheureusement, nous n'avons pas pu recueillir directement des informations auprès des responsables des mutuelles pour mieux cerner les causes et les conséquences de ces résistances. Par contre, nous sommes confiants que les résultats obtenus auprès des autres acteurs illustrent bien la position des mutuelles de santé. En effet nous avons obtenu une saturation des données (tous les acteurs, quelle que soit leur catégorie exprimaient les mêmes préoccupations vis-à-vis de l'implication des mutuelles dans le processus).

La deuxième limite de l'étude faisait référence au caractère superficiel de l'estimation du degré d'implantation. Cette analyse a été partiellement faite parce que nous n'avions pas eu accès aux statistiques d'adhésion par cas et il n'existait pas d'objectif seuil d'adhésion visé par le projet pilote. Néanmoins, il convient de préciser que l'estimation du degré d'implantation avait pour but majeur de justifier la pertinence de faire l'analyse de l'implantation. Le principal objectif de l'analyse de l'implantation du RAMU était de mettre en évidence les facteurs contextuels influençant l'implantation et par là d'améliorer la stratégie de mise en œuvre. Ainsi, il n'était pas essentiel de faire une estimation du degré d'implantation par cas. En effet, l'objectif visé en faisant une étude de cas multiples n'était pas à priori la comparaison du degré d'implantation

selon les cas, mais la mise en évidence de façon exhaustive des facteurs contextuels d'influence. L'objectif que nous visions en estimant le degré d'implantation avait donc été atteint.

Enfin, une autre limite de notre étude pourrait être liée au caractère subjectif de l'interprétation des données. En effet, aucun logiciel d'analyse des données qualitatives n'a été utilisé. L'analyse des données a été faite manuellement par l'étudiante chercheuse. Cette stratégie a été choisie pour diverses raisons. L'étudiante chercheuse avait une meilleure compréhension du langage local et donc une meilleure capacité d'analyse que les logiciels d'analyse qualitative. De plus, la taille relativement faible de l'échantillon permettait de faire une analyse manuelle. Ainsi, il existait un risque que les résultats obtenus ne soient pas réellement imputables aux participants, mais correspondent plus aux ententes du chercheur. Néanmoins, il convient de préciser que l'étudiante chercheuse a tenu compte de l'existence de ce biais et a essayé de le contrôler dans une certaine mesure. Pour ce faire, les résultats de l'étude et leurs interprétations ont été présentés à quelques participants afin d'en assurer la conformité avec leurs dires.

7-4- Recommandations

Plusieurs approches de solutions ont été proposées par les participants de notre étude. Ainsi, en nous inspirant de leurs propositions et de notre analyse nous proposons les recommandations suivantes :

7-4-1- À l'intention du gouvernement

- Éviter la politisation du processus

Selon les participants, il est nécessaire de mettre en œuvre le RAMU en dehors de la politique. La contribution de l'État devrait s'arrêter à l'instauration du cadre législatif et à la mise à disposition de l'ANAM des ressources matérielles, financières nécessaires au bon déroulement du processus. Le RAMU ne devrait pas être utilisé à des fins politiques (campagnes électorales). Il devrait se définir comme un programme du ministère de la Santé visant l'amélioration de la santé des populations.

- **Mettre en place un cadre législatif**

L'engagement réel de l'État à mettre en œuvre le processus devrait se manifester par la mise en place d'un cadre législatif adéquat pour un démarrage réel de l'initiative. En se basant sur l'expérience du projet pilote, selon les participants il est nécessaire de voter la nouvelle loi pour établir les nouvelles stratégies de mise en œuvre du RAMU. Ainsi, le vote de la loi, sa promulgation et les décrets d'application devraient exister avant le démarrage de la mise en œuvre.

- **Mettre des ressources à la disposition des formations sanitaires**

Selon les participants, il est nécessaire de corriger les dysfonctionnements dans les formations sanitaires avant de mettre en place le RAMU. En effet, l'insuffisance des ressources matérielles (plateau technique inadéquat, stocks de médicaments et de consommables insuffisant, absence d'ambulanciers, etc.) et de ressources financières avait limité dans une grande mesure la réalisation efficace des activités inhérentes au RAMU. Il faudrait donc mettre en place un système de référence adapté aux localités par exemple en équipant les formations sanitaires en ambulances (pour faciliter les références qui font partie des services offerts par le RAMU). Il faudrait aussi mettre en place des mesures pour éviter les ruptures de stock des médicaments (alimentation de la CAME). Ceci pourrait contribuer à la réduction des cas de fraudes et de rançonnement des patients par les prestataires de soins. Il serait également intéressant, selon certains participants de mettre en place un stock initial de médicaments dans les centres destinés spécifiquement aux assurés du RAMU (approvisionner les centres surtout en médicaments essentiels). Pour ce qui concerne les médicaments de spécialités normalement non prioritaires dans le cadre du RAMU, certains participants ont proposé d'établir des partenariats avec les pharmacies pour garantir la mise à disposition des médicaments aux adhérents (subventionner les médicaments de spécialités). En effet, dans certaines pathologies les médicaments génériques ne sont pas indiqués et les assurés se retrouvent à payer d'importantes sommes pour honorer les prescriptions. Par ailleurs, l'accompagnement financier des formations sanitaires pour la mise en œuvre efficace du processus est souhaité. En général, il s'agit d'améliorer les conditions de travail dans les formations sanitaires (assainissement du milieu) pour assurer la prise en charge effective, efficace et de bonne qualité des adhérents (prestations de soins, mise à disposition des médicaments et consommables). Les

formations sanitaires devraient disposer de toutes les ressources nécessaires avant le démarrage du RAMU. La mise en place du RAMU devrait donc contribuer au renforcement du système sanitaire béninois.

- Projet ARCH

Les avis étaient partagés concernant la pertinence de mettre en place le projet ARCH par le nouveau gouvernement. Selon certains participants (9/31), le RAMU tel qu'initialement écrit était parfait. Il faudrait améliorer le programme en s'appuyant sur les évaluations. Les corrections et améliorations devraient alors cibler les modalités de la mise en œuvre. Il n'était donc pas nécessaire d'apporter des modifications à la structuration du projet en lui-même. Selon la majorité des participants par contre (19/31), il serait intéressant d'ajouter le microcrédit au RAMU. Il fallait donner la chance au nouveau gouvernement de faire ses preuves. Dans cette catégorie il existait des nuances. Selon certains, l'ajout du micro crédit ne devrait pas signifier la mise à l'écart des acquis de la première expérience. Ainsi, il faudrait que les premiers bénéficiaires du nouveau programme soient les anciens adhérents au RAMU qui n'avaient pas pu bénéficier des prestations, sinon il n'y aurait pas d'adhésion de la population au nouveau concept. Selon un autre groupe de participants, il faudrait que les bénéficiaires soient sérieux et ne s'accaparent pas des fonds qui leur seront alloués sinon l'initiative se solderait par un échec. Il faudrait alors mettre en place une structure bien organisée, sélectionner des personnes rigoureuses pour éviter les cas de non-remboursement. Pour ce qui concerne le changement de dénomination, les avis étaient mitigés. Selon certains, il fallait nécessairement garder la dénomination actuelle de RAMU. Selon eux, un changement de dénomination pourrait accentuer la méfiance de la population envers le gouvernement. D'autres, par contre, estimaient qu'il est nécessaire de modifier la dénomination RAMU pour attirer de nouveau la population.

7-4-2- À l'intention des responsables de la mise en œuvre

- Mettre en œuvre de façon progressive le processus

La précipitation dans laquelle le processus a été initié avait entraîné de nombreux ratés (absence de cadre législatif, absence de structures de gestion décentralisées, absence de définition correcte des rôles des différents acteurs, manque de communication, etc..). Il est donc nécessaire de mettre en œuvre le processus progressivement pour assurer une réussite de l'initiative.

- **Élaborer et mettre en place les structures décentralisées de gestion**

Il est essentiel d'installer des structures de gestion décentralisées (niveau départemental, niveau périphérique, niveau communautaire, etc.) afin d'assurer une meilleure coordination des activités (par exemple, amélioration de l'organisation du processus au niveau des prestataires de soins). Cela permettra également d'assurer une meilleure communication entre les différents acteurs. La décentralisation facilitera aussi l'accès de la population à l'information (décentralisation des structures d'enrôlement, disponibilité dans chaque arrondissement pour rendre le processus d'adhésion fluide et rapide).

- **Impliquer tous les acteurs dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre**

L'implication de toutes les parties prenantes dans l'élaboration et la mise en œuvre est indispensable à la réussite du processus. En effet, la participation de tous les acteurs garantirait la transparence du processus. Ceci contribuera à mettre en place un climat de confiance pour la collaboration entre ces différents acteurs (amélioration de la qualité de la collaboration entre responsables et prestataires). Les acteurs sont : les responsables de la mise en œuvre à tous les niveaux (national, départemental, communautaire), les prestataires de soins, la population cible, les partenaires sociaux, les mutuelles de santé, etc. Dans le cadre de notre étude, un accent particulier a été mis sur l'implication des mutuelles de santé locales (sensibilisation, identification des indigents, gestion locale du processus, etc.). Les mutuelles de santé étaient considérées comme un important facteur facilitant de la mise en œuvre de la première étape du RAMU (utilisation de l'expérience des mutuelles de santé existantes). En général, tous les acteurs clés, concernés par la mise en œuvre doivent collaborer au processus et leurs rôles clairement définis. Les propositions et préoccupations des acteurs locaux doivent être prises en compte. Ils doivent être impliqués dans le processus d'information, de communication et de sensibilisation (autorités locales, autorités politiques administratives communautaires, locales, médias locaux, acteurs religieux locaux, comité de gestion, assistants sociaux, prestataires de soins, etc.). Par exemple, les assistants sociaux locaux devraient être associés au processus d'identification des indigents. Pour ce qui concerne les acteurs du secteur formel (deuxième étape du processus), des négociations doivent être entreprises pour établir un consensus sur les modalités de leur participation.

- **Mettre en place des mécanismes de communication adéquats et adaptés**

L'amélioration des stratégies de communication, d'information et de sensibilisation est nécessaire. Par exemple, les prestataires de soins doivent être informés sur les modalités de remboursement et le déroulement pratique du processus. La sensibilisation de la population doit non seulement porter sur l'adhésion au concept du RAMU (sensibilisation des populations pour se faire prendre en charge dans les hôpitaux, sensibilisation sur le caractère imprévisible de la maladie et l'importance de la prévention), mais également sur les modalités de sa mise en œuvre (information des bénéficiaires sur le paquet de services, sur le déroulement pratique par exemple). La sensibilisation doit également avoir pour objectif d'éduquer la population, les prestataires de soins et les autres acteurs pour éviter les cas d'abus et de fraudes. De plus elle doit se faire non seulement par les responsables de la mise en œuvre, mais également par les acteurs locaux : implication des membres de la communauté (relais communautaires, religieux, dignitaires, leaders locaux), des prestataires de soins (meilleure confiance des populations envers les agents de santé), des centres sociaux de chaque zone, etc. Par ailleurs, les mécanismes de sensibilisation et d'information doivent être adaptés au type d'acteur ciblé (prestataires de soins, population cible) et à la catégorie sociale ciblée (mass médias pour les acteurs du secteur formel par exemple, gongonneurs, sensibilisation communautaire, sensibilisation plus ciblée dans les villages pour les populations plus vulnérables). Enfin, le processus d'information et de communication doit être continu et non ponctuel, permettant ainsi une circulation permanente de l'information et un suivi de l'évolution du processus par les différents acteurs. Il est important de préciser que la sensibilisation doit se faire en dehors des périodes électorales pour éviter toute confusion avec une initiative politique.

- **Mettre en place des mécanismes de remboursement efficace des prestations**

Les délais de remboursement longs avaient contribué dans une large mesure à l'échec de la première expérience. Ainsi, il est pertinent de mettre en place un système de remboursement adapté, permettant de rembourser les prestations dans les meilleurs délais.

- Cibler la satisfaction des premiers adhérents

Selon les participants, il est primordial de prendre en compte les premiers adhérents qui n'avaient pas pu bénéficier des prestations. Pour eux il s'agit d'une disposition incontournable à prendre pour obtenir l'adhésion des populations à la reprise de l'initiative, et ceci, dans le but de regagner la confiance perdue au cours de la première expérience. Ainsi il faudrait prendre en charge gratuitement, durant la première année, les premiers adhérents à jour qui n'avaient pas pu bénéficier des prestations. En effet, la majorité des participants et surtout la population cible s'accorde à dire que la satisfaction des premiers adhérents est un important facteur facilitant l'adhésion d'autres membres. Par exemple, selon une des participantes à l'étude, le fait qu'elle ait bénéficié du RAMU était un facteur facilitateur de l'adhésion de nouveaux membres, parce qu'étant satisfaite elle avait fait la sensibilisation dans son entourage pour inciter d'autres personnes à adhérer au RAMU.

- Mettre en place un mécanisme de suivi, de contrôle et d'évaluation du processus

La majorité des participants à l'étude signalaient la pertinence de faire un suivi et de recueillir les préoccupations des différents acteurs sur le terrain. Une évaluation et un suivi du processus sont donc essentiels pour apporter des améliorations et surmonter progressivement les obstacles rencontrés. Un système de contrôle et d'évaluation de la performance (mise en place d'un service de renseignement pour suivre et contrôler la qualité des prestations) permettrait également d'apporter des améliorations tout au long du processus. De plus, l'éradication de la corruption, des rançonnements et des fraudes (cas de la liste des indigents où toutes les personnes inscrites ne sont pas indigentes) se fera via le dispositif de contrôle. Ainsi, il est nécessaire de faire une évaluation de la première initiative et de tenir compte des conclusions dans l'élaboration de la nouvelle stratégie. Il faut aussi faire un suivi (enquête de satisfaction) pour recueillir les avis des bénéficiaires et mettre en place une structure de surveillance pour recueillir les plaintes et sanctionner en cas de besoin. Enfin, il faut promouvoir la réalisation d'études actuarielles pour assurer une meilleure planification du processus avec comme objectifs l'atteinte des résultats escomptés.

- Mettre en place des stratégies visant l'amélioration de la qualité des services fournis

Plusieurs stratégies ont été énoncées par les participants. Il s'agit en premier lieu de la motivation des prestataires de soins. Selon certains participants il est nécessaire de greffer le

RAMU au FBR (financement basé sur les résultats). Le financement basé sur les résultats faciliterait la réussite du RAMU en contribuant à l'amélioration de la qualité des soins.

Une autre stratégie visant l'amélioration de la qualité des services est le recrutement de personnel qualifié (responsables, prestataires de soins). Il s'agira également de former et d'informer adéquatement les prestataires de soins (renforcement des compétences des prestataires de soins via des formations et supervision régulière de leurs activités). Selon les participants, si les premiers couverts bénéficiaient d'un service de qualité, l' enrôlement des autres se ferait plus facilement. En effet, les premiers couverts contribueraient à l'adhésion active d'autres membres.

7-4-3- À l'intention des prestataires de soins

- Éthique professionnelle

Selon les participants, il faudrait que les prestataires de soins développent une meilleure éthique professionnelle. Ils devraient être guidés par le bien commun et non leurs intérêts personnels (fraudes, rançonnements). Notons que l'amélioration des conditions de travail pourrait faciliter ce changement. Au fond, il faut que les prestataires de soins aient la volonté réelle de mettre en place le RAMU, qu'ils cultivent l'honnêteté (éviter le rançonnement des patients par les prestataires, transparence des prestataires de soins dans leur profession) et améliorent la qualité des soins (bon accueil, prise en charge adéquate).

7-4-4- À l'intention de la population

- Solidarité et entraide

Il doit exister un sentiment d'entraide et un esprit de solidarité au sein de la population pour faciliter l'implantation du RAMU.

7-4-5- À l'intention de tous les acteurs

Tous les acteurs concernés par la mise en œuvre doivent avoir confiance en l'État et l'accompagner réellement dans le processus de mise en œuvre du RAMU.

8- CONCLUSION

Notre étude avait pour objectif d'analyser l'implantation du RAMU au Bénin. Il s'agissait d'estimer le degré d'implantation, de mettre en évidence les facteurs contextuels influençant l'implantation et de proposer quelques pistes de solutions. L'analyse des données recueillies nous a permis de confirmer l'existence de facteurs contextuels d'influence de l'implantation de l'assurance maladie au Bénin, similaires aux facteurs retrouvés dans la littérature, plus spécifiquement dans le contexte africain. Ainsi notre étude nous a permis dans un premier temps d'élaborer un modèle intégratif d'analyse de l'implantation pouvant être utilisé dans les contextes similaires au contexte béninois. Cette étude confirme également l'importance de l'influence du contexte sur la réussite de l'implantation. Elle a donc mis l'accent sur la pertinence d'étudier le contexte d'implantation afin d'adapter la stratégie de mise en œuvre. Dans le cas spécifique de l'analyse de l'implantation du RAMU au Bénin, nous avons observé un faible taux d'adhésion, une structure organisationnelle non opérationnelle (ressources non disponibles, processus non fonctionnel) et plusieurs facteurs importants d'influence ont été identifiés. Notons que nous nous sommes inspirés des approches de solutions énoncées par les différents détenteurs d'enjeux pour proposer nos recommandations. Ceci révèle la pertinence de nos recommandations, car elles résument les propositions des acteurs du terrain, qui étaient concernés par la mise en œuvre du RAMU au Bénin. La présente étude s'inscrivait donc dans une perspective d'approches de solutions pour faciliter la mise en place du RAMU au Bénin. En définitive, cette étude devrait contribuer significativement à l'amélioration des stratégies de mise en œuvre du RAMU au Bénin. Elle pourrait être très utile non seulement pour la population dont les préoccupations ont été prises en compte, mais aussi et surtout pour les responsables de la mise en œuvre. En effet, ils pourront utiliser les résultats de l'étude pour apporter des solutions aux problèmes soulevés et ainsi améliorer la portée du programme et la réussite de l'implantation. Par ailleurs, il serait intéressant que les recherches futures fassent une analyse plus en profondeur du niveau d'implantation du RAMU, ceci à travers des critères bien définis et mesurables visant à faciliter le suivi de l'évolution du processus d'implantation. Il faut préciser que l'évaluation du processus de mise en œuvre du RAMU devra être fréquente en vue d'apporter des améliorations au fur et à mesure de son évolution. En effet, le processus d'évaluation devrait être continu et non ponctuel pour assurer une amélioration permanente de

la stratégie de mise en œuvre. Enfin, des études visant à mettre en évidence l'influence de l'interaction entre le contexte d'implantation et l'intervention sur les effets observés devraient être également pertinentes afin d'observer les effets du contexte sur l'atteinte effective des objectifs du RAMU.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- J. V GRUAT. *Introduction aux systèmes d'assurance maladie*, Rapport introductif, communication aux actes du colloque organisé à Tunis par l'ATDS juin 1988, RTDS 1993, p19/ *L'assurance sociale et le droit à la santé*, Iheb Trabelsi Université de Sfax — Master en droit social 2007. Mémoire online.
- 2- Lagarde M, Haines A, Palmer N. *The impact of conditional cash transfers on health outcomes and use of health services in low and middle income countries*. Cochrane database of systematic reviews (Online). 2009. 4: CD008137.PMID:19821444
- 3- Margot Nauleau *et al.*, « *En chemin vers la couverture sanitaire universelle* ». *Les enjeux de l'intégration des pauvres aux systèmes de santé*, Revue Tiers Monde. 2013 ; 3 (215) :129-148. DOI 10.3917/rtm.215.0129
- 4- OMS. *Rapport sur la santé dans le monde : La recherche pour la couverture sanitaire universelle*. 2013: 168. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85764/1/9789240691193_fre.pdf
- 5- SOA (Society of Actuaries). *Le financement du régime public d'assurance maladie au Canada et à l'échelle mondiale*. Rapport de recherche, 2013 : p12-30. 213108
- 6- World Bank. *Global Monitoring Report 2005: From Consensus to Momentum*, Washington. The World Bank, 2005; World Health Organization, *Health and the Millennium Development Goals*. Geneva, WHO, 2005.
- 7- World Health Organization. *WHO Global Health Expenditure Atlas*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2014, p9. ISBN 978 92 41 504 7, (NLM classification: W 74).
- 8- J.M. Kirigia, *et al.*, *An Overview of Health Financing Patterns and the Way forward in the WHO African Region*. East African Medical Journal, 2006; 83(9): S1-S28.
- 9- Sambo LG *et al.* *Health financing in Africa: overview of a dialogue among high level policy makers*. PMID: 21810212 [PubMed] PMCID: PMC3254896. *BMC Proc.* 2011; 5 Suppl 5: S2. doi: 10.1186/1753-6561-5-S5-S2

- 10- Houeninvo GH. *Dépenses en santé et appauvrissement des ménages au Bénin*. 2013. (No. JEL: I12; D12; D31).
- 11- Letourmy A. *Assurance maladie : Un cadre général d'analyse en vue de son implantation dans les pays d'Afrique francophone*. In : *L'Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Edited by: Dussault G, Fournier P, Letourmy A. 2006, p 13. 37149. Washington DC: World Bank.
- 12- Letourmy A. *Le développement de l'assurance maladie dans les pays à faible revenu : l'exemple des pays africains*. Elsevier Masson SAS.C. R. Biologies.2008, 331 : 952–963. <http://france.elsevier.com/direct/CRASS3/>
- 13- I. Mathauer et al. *Analyse du financement de la santé et réflexions sur le régime d'assurance maladie universelle au Bénin*. Rapport technique d'une mission d'appui de l'OMS. OMS 2010. http://www.who.int/health_financing/documents/oasis_f_10-benin.pdf
- 14- (FMI) FMI. *Benin Poverty Reduction Strategy Paper*. Annual Progress Report. IMF Country Report. IMF Country Report 2008. No. 08/233, FMI: Washington DC.
- 15- Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM). *Le RAMU en 10 questions. Guide d'information et de sensibilisation sur le régime d'assurance maladie universelle*, 2014.
- 16- Rodrigo Moreno-Serra et al. *Does progress towards universal health coverage improve population health? Universal Health Coverage 1*. Lancet 2012 ; 380 : 917–23
- 17- Isabelle A., Antarou L., Kadidiatou K. and al. *Endorsement of universal health coverage financial principles in Burkina Faso*. Social Science & Medicine 2016 ; 151 : 157–166. [doi:10.1016/j.socscimed.2016.01.017](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.01.017)
- 18- Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM). *Processus de mise en place d'un Régime d'Assurance Maladie Universelle (RAMU)*. Rapport d'étape au 15 juillet 2011. DRAFT1. 2011 ; p1-62.
- 19- MS/MTFP/MFASSNHPTA/DC/SGM/CTJ/DG-ANAM/SA. *Institution d'un panier de soins dans le cadre du régime d'assurance maladie universelle (RAMU)*. Arrêté interministériel, année 2013/n ° 137.
- 20- MS/MTFP/MFASSNHPTA/DC/SGM/CTJ/DG-ANAM/SA. *Institution d'une liste indicative de médicaments remboursables dans le cadre du régime d'assurance maladie universelle (RAMU)*. Arrêté interministériel, année 2013/n ° 138.

- 21- MS/MTFP/MFASSNHPTA/DC/SGM/CTJ/DG-ANAM/SA. *Identification des formations sanitaires et centres de diagnostic à conventionner dans le cadre du régime d'assurance maladie universelle (RAMU)*. Arrêté interministériel, année 2013/n ° 139.
- 22- PRÉSIDENCE DE LA RÉPUBLIQUE. *Création, attribution, organisation et fonctionnement de l'agence nationale de l'assurance maladie (ANAM)*. DÉCRET N° 2011-089, du 08 mai 2012.
- 23- Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM). *Guide de remplissage des outils de mise en œuvre du régime d'assurance maladie universelle (RAMU)*. ANAM, 2015.
- 24- Union des Conseils Économiques et Sociaux et Institutions similaires des états et gouvernements membres de la Francophonie (UCESIF). *La mise en œuvre des socles de protection sociale universelle : succès et difficultés*. ACTES DU COLLOQUE UCESIF. Niamey, 2014. www.oke.gr/notice/not_20_09_14_fr.pdf
- 25- CORDAID. *Couverture sanitaire universelle dans les pays fragiles : résumé*. CORDAID, 2014. www.cordaidjaarverslag.nl/.../CordaidUHC_report_Executive_Summary-FR_2.pdf
- 26- Guy Carrin, Chris James, David Evans. *Atteindre la couverture universelle : Le développement du système de financement*. L'Assurance maladie en Afrique francophone, 2006. p. 149-62.
- 27- McIntyre D, Garshong B, Mtei G, Meheus F, Thiede M, Akazili J, et al. *Beyond fragmentation and towards universal coverage: insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania*. Bull World Health Organ. 2008; 86 (11): 871-6.
- 28- Théophile Sossa. *Gouvernance du financement de la santé mondiale : enjeux et perspectives africains*. Les notes d'Africa 21 - Note n° 2, 2013, pp.1-18.
- 29- OXFAM. *Couverture santé universelle : Pourquoi les personnes en situation de pauvreté sont les laissés-pour-compte des régimes d'assurance maladie ?* Document d'information OXFAM 176, 2013. www.oxfam.org.
- 30- Bruno Boidin. *Extension de l'assurance maladie et rôle des mutuelles de santé en Afrique : les leçons de l'expérience sénégalaise*. Économie publique/Public economics. Revue de l'Institut d'Économie Publique. 2012; 1-2 (28-29): 47-70. URL : <http://economiepublique.revues.org/8820>

- 31- Alenda J., Boidin B. *L'extension de l'assurance maladie au Sénégal : avancées et obstacles*. Médecine et Santé Tropicales 2012 ; 22 (4) : 364-369. doi : 10.1684/mst.2013.0129.
- 32- Sery JP, Letourmy A. *Couverture du risque maladie en Afrique francophone : état des lieux, défis et perspectives*. In : *L'Assurance maladie en Afrique francophone : améliorer l'accès aux soins et lutter contre la pauvreté*. Edited by: Dussault G, Fournier P, Letourmy A. 2006, p 197-228. 37149. Washington DC : World Bank.
- 33- Turcotte-Tremblay et al. *Mapping of initiatives to increase membership in mutual health organizations in Benin*. International Journal for Equity in Health 2012; 11: 74. doi : 10.1186/1475-9276-11-74.
- 34- Nkoa F.C., Ongolo-Zogo P. *Promouvoir l'adhésion universelle aux mécanismes d'assurance maladie au Cameroun*. Rapport complet. Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé – Hôpital Central. Yaoundé, Cameroun, 2012.
- 35- Robert Basaza, Bart Criel and Patrick Van der Stuyft. *Low enrolment in Ugandan Community Health Insurance Schemes: underlying causes and policy implications*. BMC Health Services Research, 2007; 7:105. DOI : 10.1186/1472-6963-7-105
- 36- Jacques Defourny, Julie FAILON, « *Les déterminants de l'adhésion aux mutuelles de santé en Afrique subsaharienne : un inventaire des travaux empiriques* », Mondes en développement. 2011 ; 1 (153) : 7-26. DOI 10.3917/med.153.0007
- 37- Manuela De Allegri et al. *Community health insurance in sub-Saharan Africa : what operational difficulties hamper its successful development ?* Tropical Medicine and International Health. 2009; 14 (5): 586–596. doi :10.1111/j.1365-3156.2009.02262.x
- 38- Adebayo et al. *A systematic review of factors that affect uptake of community-based health insurance in low-income and middle income countries*. BMC Health Services Research. 2015; 15: 543. DOI 10.1186/s12913-015-1179-3
- 39- Bart Criel, Chris Atim, Robert Basaza, Pierre Blaise et Maria Pia Waelkens. Editorial: *Community health insurance (CHI) in sub-Saharan Africa: researching the context*. Tropical Medicine and International Health. 2004; 9 (10): 1041–43.
- 40- Manuela De Allegri et al. *Understanding consumers' preferences and decision to enrol in community-based health insurance in rural West Africa*. Health Policy. 2006; 76(1):58-71.

- 41- Haddad S, Ridde V, Yacoubou I, Mák G, Gbetié M. *An evaluation of the outcomes of mutual health organizations in Benin*. PLoS One. 2012;7(10): e47136.
- 42- Maeda Akiko, Edson Araujo, Cheryl Cashin, Joseph Harris, Naoki Ikegami, et Michael R. Reich. *Une couverture sanitaire universelle pour un développement durable inclusif: Une synthèse de 11 études de cas pays*. Directions du développement. Washington, DC : La Banque mondiale. 2015. p1-89. doi : 10.1596/978-1-4648-0592-9. Licence : Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.
- 43- Yohana Dukhan et al. *The French Connection in Francophone Africa*. In *Scaling up affordable health insurance: staying the course*. Ed by Preker AS et al. Washington: International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank ; 2013, Chapter: 7. p115-144. doi : 10.1596/978-0-8213-8250-9
- 44- Caroline Ly et al. *"Big-Bang" Reforms in Anglophone Africa*. In *Scaling up affordable health insurance: staying the course*. Ed by Preker AS et al. Washington: International Bank for Reconstruction and Development. The World Bank; 2013, Chapter: 8. p145-189. doi : 10.1596/978-0-8213-8250-9
- 45- Guy Carrin and Chris James. *Atteindre la couverture universelle par l'assurance maladie obligatoire : problématiques conceptuelles-clé durant la période de transition*. DISCUSSION PAPER NUMBER 2. World Health Organization, 2004. Department "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation" (FER) Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP). EIP/FER/DP.F.04.2. www.who.int/health_financing/documents/dp_f_04_2-couverture_universelle.pdf
- 46- Kipo DD. *Implementation of public policy at the local level in Ghana: The case of national health insurance scheme in Sawla-Tuna-Kalba District*. 2011.
- 47- Murana BA, Haruna RK, Kofi A. *The politics of public policy and problems of implementation in Africa: an appraisal of Ghana's National Health Insurance Scheme in Ga East District*. *International Journal of Humanities and Social Science*. 2014; 4 (4): 196-207.
- 48- Isaac AO Odeyemi. *Community-based health insurance programmes and the national health insurance scheme of Nigeria: challenges to uptake and integration*. *International Journal for Equity in Health*, 2014; 13:20. DOI : 10.1186/1475-9276-13-20.

- 49- Ridde Valéry et al. « *Les modalités de collecte du financement de la santé au Burkina Faso de 1980 à 2012* », Santé Publique. 2014 ; 26(5) : 715-725.
- 50- Stephen Mulupi, Doris Kirigia and Jane Chuma. *Community perceptions of health insurance and their preferred design features: implications for the design of universal health coverage reforms in Kenya*. BMC Health Services Research, 2013; 13:474. DOI : 10.1186/1472-6963-13-474.
- 51- Jane Macha, Bronwyn Harris, Bertha Garshong and al. *Factors influencing the burden of health care financing and the distribution of health care benefits in Ghana, Tanzania and South Africa*. Health Policy and Planning, 2012; 27: i46 – i54. doi : 10.1093/heapol/czs024.
- 52- Chima A Onoka, Obinna E Onwujekwe, Benjamin S Uzochukwu and Nkoli N Ezumah. *Promoting universal financial protection: constraints and enabling factors in scaling-up coverage with social health insurance in Nigeria*. Health Research Policy and Systems, 2013; 11:20. DOI : 10.1186/1478-4505-11-20.
- 53- Geoffrey Setswe et al. *Public awareness and knowledge of the National Health Insurance in South Africa*. The Pan African Medical Journal, 2015; p1-10. doi:10.11604/pamj.2015.22.19.6131 - ISSN 1937-8688.
- 54- Guy Carrin. *L'assurance maladie dans les pays en développement : un défi permanent*. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). *Association internationale de la sécurité sociale*, 2002. Revue internationale de sécurité sociale. Publié par Peter Lang SA. 2002 ; 55 (2). Éditions scientifiques européennes, Jupiterstr.15, CH-3000 Berne 15.
- 55- Di McIntyre, Michael K Ranson, Bhupinder K Aulakh and Ayako Honda. *Promoting universal financial protection: evidence from seven low- and middle-income countries on factors facilitating or hindering progress*. Health Research Policy and Systems, 2013. DOI : 10.1186/1478-4505-11-36.
- 56- Savedoff WD, de Ferranti D, Smith AL, Fan V. *Political and economic aspects of the transition to universal health coverage*. The Lancet. 2012; 380 (9845): 924-32.
- 57- Gina Lagomarsino, Alice Garabrant, Atikah Adyas, Richard Muga et Nathaniel Otoo. *Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia*. Lancet. 2012; 380: 933–43.

- 58- Patience Cofie, Manuela De Allegri, Bocar Kouyate and Rainer Sauerborn. *Effects of information, education, and communication campaign on a community-based health insurance scheme in Burkina Faso*. Glob Health Action. 2013, 6: 20791 - <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.20791>
- 59- Agar Brugiavini and Noemi Pace. *Extending health insurance in Ghana: effects of the National Health Insurance Scheme on maternity care*. Health Economics Review. 2016; 6 (7): 1-10. DOI 10.1186/s13561-016-0083-9.
- 60- Claude Sekabaraga, Francois Diop and Agnes Soucat. *Can innovative health financing policies increase access to MDG-related services? Evidence from Rwanda*. Health Policy and Planning, 2011; 26: ii52-ii62. doi :10.1093/heapol/czr070
- 61- Alhassan R.K., Duku S.O., Janssens W., Nketiah-Amponsah E., Spieker N., vanOstenberg P. et al. *Comparison of Perceived and Technical Healthcare Quality in Primary Health Facilities: Implications for a Sustainable National Health Insurance Scheme in Ghana*. PLoS ONE, 2015; 10(10): e0140109. doi : 10.1371/journal.pone.0140109
- 62- Astrid Brousselle et al. *Vers une réconciliation des théories et de la pratique de l'évaluation, perspectives d'avenir*. Université de Montréal. Mes Eval Educ. 2006 ; 29 (3) : 57–73.
- 63- Contandrioupolos A.P. et al. *L'évaluation dans le domaine de la santé-concepts et méthodes*. Bulletin 1993 ; 33 (1) : 12-17
- 64- François Champagne et al. *L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes* in : Astrid Brousselle et al. *L'évaluation : concepts et méthodes*. Deuxième édition. Les presses de l'Université de Montréal. 2011. P 69
- 65- Marius N. KEDOTE. *Analyse d'implantation du programme de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant au Bénin*. Université de Montréal. Thèse. 2012.
- 66- Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. Implement Sci. 2009 ; 4 (1) : 1.
- 67- Patton, M. Q. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications (3^{re} éd.). 2002.

- 68- Irene Akua Agyepong and Sam Adje. *Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme*. Health Policy and Planning 2008 ; 23 :150–160. Doi : 10.1093/heapol/czn002.
- 69- Floriane GNACADJA. *Problématique du financement du Régime d'Assurance Maladie Universelle en Afrique subsaharienne : Cas de la République du Bénin*. École supérieure d'assurances à Paris. Mémoire. 2012.
- 70- En ligne. Disponible sur : <http://donnees.banquemondiale.org/pays/benin>. Consulté le 06/04/2017.
- 71- Guèye Babacar. *La démocratie en Afrique : succès et résistances*. Pouvoirs. 2009, 2 (129) : 5-26.
- 72- Banégas R. *L'autoritarisme à pas de caméléon ? Les dérives de la révolution passive démocratique au Bénin*. Afrique contemporaine. 2014 (249) : 99-118.
- 73- En ligne. Disponible sur : http://www.cena.bj/files/Resultats_2016/resultats%20CC.pdf. Consulté le 06/04/2017.
- 74- En ligne. Disponible sur : <http://www.cedatuac.org/attachments/article/79/consolidation%20PAG.pdf>. Consulté le 06/04/2017.
- 75- En ligne. Disponible sur : <http://www.banquemondiale.org/fr/country/benin/overview>. Consulté le 07/04/2017.
- 76- En ligne. Disponible sur : <http://www.tresor.economie.gouv.fr/Pays/benin>. Consulté le 08/04/2017.
- 77- En ligne. Disponible sur : <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/benin/presentation-du-benin/article/presentation>. Consulté le 08/04/2017.
- 78- Sèdomèdji Éric S. AMAHOUMI. *Écoles catholiques et diversité religieuse en classe : cas du Collège catholique Père Aupiais de Cotonou en République du Bénin*. Université de Montréal. Mémoire, 2014 ; p8-17.
- 79- Élisabeth Paul. *Étude de cas du Bénin. Résumé analytique. Documentation des résultats de la mise en œuvre des principes de l'efficacité de l'aide dans le secteur de la santé*. Rapport. 2011.

- 80- LODJOU Christian. Directeur Technique, ANAM/MS. *Deuxième forum annuel du financement de la Couverture Universelle en Santé du 20 au 21 avril 2017*. Présentation. USAID, Washington DC. 2017.
- 81- Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM). *Le Régime d'assurance maladie universelle (RAMU) : point succinct de la mise en œuvre au 20 septembre 2016*. ANAM, 2016.
- 82- Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM). *Architecture du régime d'assurance maladie universelle (RAMU)*. ANAM, 2016.
- 83- Shen GC, Nguyen HTH, Das A, Sachingongu N, Chansa C, Qamruddin J, et al. *Incentives to change: effects of performance-based financing on health workers in Zambia*. Hum Resour Health. 2017;15(1): 20.
- 84- Paul E, Renmans D. *Performance-based financing in the health sector in low- and middle-income countries: Is there anything whereof it may be said, see, this is new?* Int J Health Plann Manage. 2017.
- 85- Josephson E, Gergen J, Coe M, Ski S, Madhavan S, Bauhoff S. *How do performance-based financing programmes measure quality of care? A descriptive analysis of 68 quality checklists from 28 low- and middle-income countries*. Health Policy Plan. 2017.
- 86- Gergen J, Josephson E, Coe M, Ski S, Madhavan S, Bauhoff S. *Quality of Care in Performance-Based Financing: How It Is Incorporated in 32 Programs Across 28 Countries*. Glob Health Sci Pract. 2017; 5(1): 90-107.
- 87- Nahimana E, McBain R, Manzi A, Iyer H, Uwingabiye A, Gupta N, et al. *Race to the Top: evaluation of a novel performance-based financing initiative to promote healthcare delivery in rural Rwanda*. Glob Health Action. 2016; 9: 32943.
- 88- Lannes L. *Improving health worker performance: The patient-perspective from a PBF program in Rwanda*. Soc Sci Med 1982. 2015; 138: 1-11.

ANNEXES

Annexe 1 : grille d’entretien pour gestionnaire, superviseur

Titre du projet : analyse de l’implantation du RAMU, obstacles et facteurs facilitants.

Merci d’avoir accepté de participer à l’entretien.

Explication du but de l’étude : identifier et analyser les facteurs facilitants et les obstacles à l’implantation du RAMU au Bénin.

Explication des modalités de l’entretien : durée (1heure), utilisation de l’enregistreuse et de prise de note, la confidentialité et autres considérations éthiques (risques et gains encourus, rappel à la participante qu’elle peut, à tout moment, mettre fin à l’entretien ou suspendre l’enregistrement, faire signer le formulaire de consentement.

Démarrage de l’entretien

Département :

Zone sanitaire :

Arrondissement :

Numéro d’identification :

Date : jour / __ / __ / mois / __ / __ / année / __ / __ /

Durée de l’interview / ____ / h / ____ / min

1- Que pensez-vous de l’assurance maladie en général et du RAMU en particulier ?

.....

2- Que pensez-vous du processus d’implantation actuel du RAMU (les acteurs impliqués, le rôle de chacun, les compétences des acteurs, activités mises en place et leur déroulement, la fonctionnalité des structures mise en place, faisabilité) ?

.....

3- Décrivez-moi les activités du processus auxquelles vous avez participé, leur contenu, leur déroulement, votre participation et vos perceptions

.....

4- Comment qualifiez-vous la dynamique professionnelle entre les différents acteurs (qualité de collaboration et de coordination des activités, existence de conflits) ?

.....

5- Que pensez-vous du montant de l’adhésion et des cotisations, de la périodicité des cotisations, et des prestations offertes ?

.....

- 6- Que pensez-vous de la manière dont les bénéficiaires et/ou prestataires sont informés et comprennent le RAMU ?
.....
- 7- Quelles sont les résistances qui existent au niveau des acteurs qui pourraient influencer les processus de mise en place du RAMU ? Ces résistances sont-elles causées par des facteurs externes (motivation des acteurs...) ou internes (caractéristiques propres au programme et à ses activités) ?
.....
- 8- Que pensez-vous de la capacité de gestion et de la mobilisation des ressources de l'État ?
.....
- 9- Que pensez-vous de la motivation des dirigeants et des dispositions prises dans le domaine de la santé dans le processus de mise en place opérationnelle du RAMU ?
.....
- 10- Y aurait-il d'autres points importants concernant l'implantation du RAMU qui selon vous, auraient pu être abordés ?
.....
- 11- Caractéristiques sociodémographiques : sexe, âge, ethnie, religion, profession, revenus, niveau d'éducation, situation géographique, situation matrimoniale, passé associatif.
.....
- 12- Auriez-vous des questions ou commentaires au sujet de l'entrevue ?
.....
- 13- Me permettez-vous de vous recontacter pour compléter ou vérifier l'interprétation des données ?
.....

Je vous remercie pour votre participation.

Nom et prénoms de l'intervieweur	Numéro d'identification de l'interviewé
.....
<i>Qualification & Contact</i>	<i>Qualification & Contact</i>
.....

Annexe 2 : grille d’entretien prestataires de soins

Titre du projet : analyse de l’implantation du RAMU, obstacles et facteurs facilitants.

Merci d’avoir accepté de participer à l’entretien.

Explication du but de l’étude : identifier et analyser les facteurs facilitants et les obstacles à l’implantation du RAMU au Bénin.

Explication des modalités de l’entretien : durée (1heure), utilisation de l’enregistreuse et de prise de note, la confidentialité et autres considérations éthiques (risques et gains encourus, rappel à la participante qu’elle peut, à tout moment, mettre fin à l’entretien ou suspendre l’enregistrement, faire signer le formulaire de consentement.

Démarrage de l’entretien

Département :

Zone sanitaire :

Arrondissement :

Numéro d’identification :

Date : jour / __ / __ mois / __ / __ année / __ / __

Durée de l’interview / ____ / h / ____ / min

1- Que pensez-vous de l’assurance maladie en général et du RAMU en particulier ?

.....
.....

2- Que pensez-vous du processus d’implantation actuel du RAMU (les acteurs impliqués, le rôle de chacun, les compétences des acteurs, activités mises en place et leur déroulement, la fonctionnalité des structures mise en place, faisabilité) ?

.....
.....

3- Décrivez-moi les activités du processus auxquelles vous avez participé, leur contenu, leur déroulement, votre participation et vos perceptions

.....
.....

4- Que pensez-vous du montant de l’adhésion et des cotisations, de la périodicité des cotisations, et des prestations offertes ?

.....
.....

5- Que pensez-vous des mécanismes d’information et de communication développés par le RAMU ?

.....
.....

6- Comment qualifierez-vous le déroulement pratique (disponibilité des ressources, fluidité des activités, qualité des services couverts, accessibilité de la population aux structures mises en place, qualité de la collaboration entre gestionnaires et prestataires, existence de conflits, avantages et inconvénients perçus) ?

.....

7- Quelles sont les résistances qui existent au niveau des prestataires qui pourraient influencer les processus de mise en place du RAMU ? Ces résistances sont-elles causées par des facteurs externes (motivation des prestataires...) ou internes (caractéristiques propres au programme et à ses activités) ?

.....

8- Que pensez-vous de la capacité de gestion de l'État, de la mobilisation des ressources, de la motivation des dirigeants et des dispositions prises dans le domaine de la santé dans le processus de mise en place opérationnelle du RAMU ?

.....

9- Y aurait-il d'autres points importants concernant l'implantation du RAMU qui selon vous, auraient pu être abordés ?

.....

10- Caractéristiques sociodémographiques : sexe, âge, ethnic, religion, profession, revenus, niveau d'éducation, situation géographique, situation matrimoniale, passé associatif.

.....

11- Auriez-vous des questions ou commentaires au sujet de l'entrevue ?

.....

12- Me permettez-vous de vous recontacter pour compléter ou vérifier l'interprétation des données ?

Je vous remercie pour votre participation.

Nom et prénoms de l'intervieweur	Numéro d'identification de l'interviewé
.....
Qualification & Contact.....	Qualification & Contact.....
.....

Annexe 3 : grille d’entretien individuelle pour les bénéficiaires

(Leaders communautaires, élus locaux, chefs religieux, population de différentes classes sociales, etc.)

Titre du projet : analyse de l’implantation du RAMU, obstacles et facteurs facilitants.

Merci d’avoir accepté de participer à l’entretien.

Explication du but de l’étude : identifier et analyser les facteurs facilitants et les obstacles à l’implantation du RAMU au Bénin.

Explication des modalités de l’entretien : durée (1heure), utilisation de l’enregistreuse et de prise de note, la confidentialité et autres considérations éthiques (risques et gains encourus, rappel à la participante qu’elle peut, à tout moment, mettre fin à l’entretien ou suspendre l’enregistrement, faire signer le formulaire de consentement.

Démarrage de l’entretien

Département :

Zone sanitaire :

Arrondissement :

Numéro d’identification :

Date : jour / __ / __ / mois / __ / __ / année / __ / __ /

Durée de l’interview / ____ / h / ____ / min

1- Que pensez-vous de l’assurance maladie en général et du RAMU en particulier ?

.....
.....

2- Que pensez-vous de la capacité de gestion de l’État, de la capacité de l’État à mobiliser les ressources, de la motivation des dirigeants et des dispositions prises dans le domaine de la santé dans le processus de mise en place opérationnelle du RAMU ?

.....
.....

3- Que pensez-vous des mécanismes d’information et de communication développés par le RAMU ?

.....
.....

4- Comment qualifierez-vous le déroulement pratique du RAMU (fluidité du processus, qualité des services fournis, avantages et inconvénients perçus par rapport à l’état antérieur) ?

.....
.....

5- Que pensez-vous du montant de l'adhésion et des cotisations, de la périodicité des cotisations, et des prestations offertes (qualité, accessibilité...) ?

.....
.....

6- Selon vous, comment la capacité financière des ménages béninois (revenu mensuel moyen, dépenses mensuelles moyennes), le statut professionnel (travailleurs des secteurs formels ou informels, élèves, étudiants...) peuvent-ils influencer le processus de mise en place du RAMU ?

.....
.....

7- Que pensez-vous des facteurs culturels (ethnie, religion, croyances culturelles, recours thérapeutique) comme facteurs pouvant influencer l'adhésion au RAMU ?

.....
.....

8- Y aurait-il d'autres points importants concernant l'implantation du RAMU qui selon vous, auraient pu être abordés ?

.....
.....

9- Caractéristiques sociodémographiques : sexe, âge, ethnie, religion, profession, revenus, niveau d'éducation, situation géographique, situation matrimoniale, passé associatif.

.....
.....

10- Auriez-vous des questions ou commentaires au sujet de l'entrevue ?

.....
.....

11- Me permettez-vous de vous recontacter pour compléter ou vérifier l'interprétation des données ?

Je vous remercie pour votre participation.

Nom et prénoms de l'intervieweur	Numéro d'identification de l'interviewé
.....
Qualification & Contact.....	Qualification & Contact.....
.....

Annexe 4 : certificat d'éthique du CERES



Comité d'éthique de la recherche en santé

N° de certificat
16-149-CERES-D

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur, en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal.

Projet	
Titre du projet	Analyse de l'implantation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) au Bénin: Obstacles et facteurs facilitants
Étudiante requérante	Doreen Vigan-Medji (ND), Candidate à la M. Sc. en administration de la santé, École de santé publique - Département d'administration de la santé
Sous la direction de	Régis Blais, professeur titulaire, École de santé publique - Département d'administration de la santé, Université de Montréal & Dorothee Kindé Gazard, professeure titulaire, Faculté des sciences de la santé, Université d'Adomey Calavi (Bénin).

Financement	
Organisme	Non financé
Programme	
Titre de l'octroi si différent	
Numéro d'octroi	
Chercheur principal	
No de compte	

MODALITÉS D'APPLICATION

Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES

Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.

Dominique Langellier, présidente
Comité d'éthique de la recherche en santé
Université de Montréal

18 novembre 2016
Date de délivrance

1er décembre 2017
Date de fin de validité

adresse postale
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal QC H3C 3J7

3744 Jean-Briham
4e étage, bur. 430-11
Montréal QC H3T 1P1

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604
ceres@umontreal.ca
www.ceres.umontreal.ca

Annexe 5 : autorisation du ministère de la Santé du Bénin



MINISTRE DE LA SANTE
REPUBLIQUE DU BENIN

BP 21-032
BENIN
Tél: +229 21 33 2178/ 21 33 21 63
infosante@gouv.bj
www.sante.gouv.bj

Cotonou, le 10 OCT 2016

N° 7344/MS/DC/SGM/SA

AUTORISATION DE RECHERCHE

Le Ministre de la Santé autorise le Docteur Doreen Vigan-Medji, étudiante chercheuse inscrite au programme de maîtrise en administration des services de santé, option évaluation des services, systèmes et organisations de santé à l'Université de Montréal, à effectuer dans vos structures respectives des recherches sur le sujet intitulé « analyse de l'implantation du régime d'assurance maladie universelle au Bénin ». Ce travail nécessite la réalisation d'une enquête (entrevues, focus groups) dans différentes formations sanitaires du Bénin.

Les responsables à divers niveaux de la pyramide sanitaire sont invités à faciliter à l'intéressée un bon accomplissement de sa mission.



Pour le Ministre et par délégation,


Dr Didier C. AGOSSADOU
Le Secrétaire Général du Ministère

MS.....1 copie

Annexe 6 : formulaire d'information et de consentement

Titre du projet : Analyse de l'implantation du régime d'assurance maladie universelle (RAMU) au Bénin, obstacles et facteurs facilitants.

Noms des chercheurs :

Régis Blais, PhD., Professeur titulaire, Département d'administration de la santé, Université de Montréal. Tél : , email :

Dorothée Kindé Gazard, Professeur titulaire en Parasitologie, Faculté des sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi, Bénin. Tél : , email :

Doreen Vigan-Medji, Médecin, étudiante en maîtrise en administration de la santé, Université de Montréal. Tél : , email :

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

Description du projet

Le RAMU est un programme mis en place par l'État, pour améliorer la qualité de vie des populations. Il s'agissait de rendre le système de santé béninois efficient en fournissant des soins de qualité en toute équité (toute la population sans distinction de classe sociale). L'assurance maladie permettrait également une réduction significative du paiement direct des soins et ainsi participerait à la réduction de la pauvreté. Le processus de mise en place du RAMU a débuté en 2008 et le lancement officiel a démarré en 2011. Actuellement, les 34 zones sanitaires du Bénin sont impliquées dans le processus. La loi rendant l'assurance maladie obligatoire a été votée en décembre 2015.

Le but de la présente étude est de déterminer le niveau d'implantation actuel du RAMU et de mettre en évidence les obstacles et facteurs facilitant l'implantation. Des données seront recueillies sur :

- La structure organisationnelle et opérationnelle actuelle du régime en cours d'implantation,
- Les problèmes auxquels sont confrontés les gestionnaires, le personnel soignant, les bénéficiaires, voire les difficultés de mise en œuvre pour tirer les enseignements utiles à la suite du processus
- Les mesures nécessaires à prendre en vue de faciliter la mise en œuvre du RAMU.

Cette étude est réalisée par l'Université de Montréal au Canada avec l'autorisation du ministère de la Santé du Bénin. Ainsi, les informations que nous recherchons peuvent permettre d'améliorer le processus de mise en place

du RAMU et les services fournis aux populations. À cet effet, nous souhaiterions que vous puissiez répondre à un certain nombre de questions. Toutefois, votre participation à cette étude est volontaire et si vous choisissez de ne pas y participer, vous ne subirez aucun préjudice. Si vous acceptez d'y participer et qu'en cours de route vous changez d'avis, vous pouvez également me demander d'arrêter l'interview à tout moment. Il est à savoir qu'accepter de participer à cette étude signifie que vous autoriserez la chercheuse ou les membres concernés du personnel travaillant sous sa responsabilité (traducteur) à vous rencontrer, et ce pour réaliser une entrevue individuelle et consulter les documents nécessaires relatifs à l'implantation du RAMU.

Les entrevues seront réalisées dans un endroit convenable et selon vos choix. Il s'agira de répondre individuellement à des questions énumérées sur une grille d'entrevue. Ces entrevues individuelles seront enregistrées grâce à un enregistreur audio. La durée moyenne des entrevues sera d'une (01) heure. Une (01) rencontre par répondant sera nécessaire pour réaliser les entrevues. Elles nécessiteront la présence selon le cas de l'étudiante chercheuse et d'un traducteur pour recueillir l'information utile. Ces entrevues permettront de recueillir l'information relative à vos perceptions et attitudes envers le RAMU, le processus de mise en place, les obstacles et les facteurs facilitant l'implantation.

Si vous participez, vous n'aurez pas de retombées directes découlant de votre participation. Mais votre participation peut entraîner une amélioration future des politiques de mise en place de régime d'assurance maladie. Vos opinions et les informations que vous fournirez au cours de l'interview resteront confidentielles. Le rapport ne mentionnera pas votre nom. Ainsi, personne ne pourra savoir que je vous ai interviewé ni qu'elles ont été vos réponses. Les informations recueillies seront conservées sous forme de matériel électronique, audio et papier pendant sept (7) ans au Canada. Les résultats de la recherche seront communiqués aux gestionnaires et responsables du programme. Ceci en vue d'améliorer le processus de mise en place en apportant des solutions aux obstacles retrouvés. Enfin, si plus tard, vous avez des questions concernant cette enquête ou si vous voulez vous retirer de la recherche, vous pouvez appeler ce numéro de téléphone.....

Permettez-vous que je poursuive avec les questions ?

Si oui, veuillez remplir et signer ce formulaire pour confirmer votre consentement.

Adhésion au projet et signature

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e).....accepte de participer à cette étude.

Je soussigné(e).....certifie avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement. Je certifie également lui avoir expliqué les conditions de participation au projet de recherche et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées. Je me suis assuré (e) de la compréhension du participant. Je lui ai clairement indiqué qu'il peut à tout moment mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Signature du participant

Signature du chercheur

Signature du traducteur (selon le cas)

Date :

N. B. L'original du formulaire sera conservé avec le chercheur responsable et une copie signée sera remise au participant.